REABILITAREA BOLNAVILOR REUMATICI CU DEFICIENȚE MOTORII

EDITURA MEDICALĂ

Scanned with OKEN Scanner

I. STOIA
Doctor-docent în ştiinţe medicale,
medic emerit
Dr. I. STROESCU, dr. I. ROVINESCU,
dr. M. NEGOESCU şi dr. D. CIVICĂ

REABILITAREA BOLNAVILOR REUMATICI CU DEFICIENŢE MOTORII

EDITURA MEDICALĂ
BUCUREŞTI, 1966

Scanned with OKEN Scanner

PREFAŢĂ

Este o greşeală să credem că am făcut totul pentru un reumatic, atunci cînd ne limităm la tratamentul medicamentos al puseului acut; la un bolnav reumatic sîntem datori să-i recuperăm atrofiile musculare, deformaţiile şi anchilozele în poziţii vicioase, cînd acestea s-au produs.

În practica medicală întîlnim frecvent reumatici cu deficienţe motorii, dintre care unii rămîn invalizi pe toată viaţa, din cauza neaplicării tratamentelor de reabilitare în stadiile cît mai precoce ale bolii. Este posibil ca aceste infirmităţi să fie prevenite, iar dacă s-au produs, să fie corijate printr-un tratament complex de recuperare şi readaptare funcţională la efort, în general, ca şi la specificul activităţii profesionale, în special. Reabilitarea funcţională a reumaticilor cu deficienţe motorii, ca şi readaptarea sau reclasarea profesională a acestora reprezintă una dintre problemele cele mai dificile ale reumatologiei.

În cadrul problemelor complexe de ocrotire a sănătăţii publice, statul nostru, prin organele sale specializate, caută prin toate mijloacele prevenirea deficienţelor motorii la oamenii muncii, recuperarea lor funcţională şi reîncadrarea cît mai grabnică în cîmpul muncii.

În ultimii ani s-au făcut importante progrese, reabilitarea ajungînd a fi considerată printre preocupările de bază ale reumatologiei moderne, constituind obiectul unei adevărate specialităţi. În unele ţări „medicina fizică şi readaptarea" constituie o specialitate distinctă, avînd ca scop recuperarea deficienţelor motorii de diferite cauze: neurologice, traumatice, reumatologice etc.

Experienţa noastră ne-a arătat însă că recuperarea deficienţelor motorii de natură reumatică nu poate fi rezolvată de specialiştii „în medicina fizică şi readaptare", decît sub îndrumarea directă a reuma-

Scanned with OKEN Scanner

tologilor, întrucît procesul reumatic este în genere evolutiv, impunînd supravegherea bolnavului de către specialistul reumatolog pe toată durata tratamentelor de reabilitare.

Rezolvarea dificilelor probleme ridicate de recuperare impune medicului însuşirea unor cunoştinţe temeinice în domeniul ortopediei, kinetoterapiei, ergoterapiei, fizioterapiei şi expertizei capacităţii de muncă, pe lîngă cele de reumatologie.

Noi considerăm strict necesară o completare a reumatologiei cu astfel de cunoştinţe şi nu sîntem pentru constituirea unei „superspecialităţi" distincte, care să se ocupe exclusiv cu aplicarea tratamentelor de recuperare în domenii atît de variate, căci recuperatorul trebuie să cunoască bine specialitatea în care aplică tratamentele de recuperare.

În ultimii zece ani ne-am preocupat, împreună cu dr. Ion Stroescu, de problemele de recuperare a deficienţilor motori prin afecţiuni reumatice, acumulînd o experienţă bogată în acest domeniu, dispunînd de o aparatură modernă pe care M.S.P.S. ne-a pus-o la dispoziţie şi pregătind o serie de cadre de specialitate în această ramură. Centrul de reumatologie a difuzat şi difuzează în toată ţara această experienţă legată de cele mai noi achiziţii ştiinţifice, aducîndu-şi astfel şi în această problemă contribuţia ca for metodologic în reumatologia românească.

Secţia destinată recuperării reumaticilor cu deficienţe motorii din cadrul Centrului de reumatologie dispune de o sală modernă de kinetoterapie, de o serie de prototipuri de aparate destinate recuperării reumaticilor ; în plus, în cadrul Secţiei de chirurgie a afecţiunilor reumatismale s-au făcut progrese importante şi s-au întreprins o serie de studii pentru punerea la punct a metodologiei recuperării reumaticilor.

Aceasta este prima secţie din ţară unde s-au studiat şi aplicat cele mai moderne metode de recuperare a reumaticilor cu deficienţe motorii de către o echipă complexă de specialişti reumatologi, ortopezi, kinetoterapeuţi şi fizioterapeuţi.

În lucrarea de faţă sînt prezentate atît experienţa practică acumulată de specialiştii acestei secţii, cît şi datele cele mai noi culese din experienţa centrelor de reabilitare din străinătate.

În prima parte a capitolului I este expusă simptomatologia şi diagnosticul fazei de debut al diferitelor boli reumatismale. Prezentarea acestui capitol este indispensabilă, deoarece precizarea unui diagnostic precoce duce la prevenirea gravelor invalidităţi şi la evitarea laborioasei munci de recuperare medicală.

În a doua parte a primului capitol, intitulată „Contribuţia examenelor clinico-radiologice în individualizarea tratamentelor de recuperare", sînt expuse cele mai frecvente aspecte clinico-radiologice pe

Scanned with OKEN Scanner

care trebuie să le avem în vedere, atunci cînd elaborăm planurile de tratament şi recuperare a unor afecţiuni reumatice însoţite de deficienţe motorii. În domeniul recuperării reumaticilor, examenele radiologice ne sînt utile pentru precizarea diagnosticului şi stadiului evolutiv, precum şi a tipurilor lezionale determinate de boală. Uneori, fără ajutorul examenelor radiologice, nu este posibil să se fixeze un diagnostic de certitudine.

Aceste părţi se completează reciproc, prima facilitînd elaborarea unui diagnostic precoce, iar a doua evidenţiind stadiile evolutive grave pe care le pot lua diferitele afecţiuni reumatismale dacă nu se pune un diagnostic precoce ; ele sînt ilustrate prin numeroase radiografii şi foi de observaţie, fiecare cu indicaţii terapeutice.

Al II-lea capitol începe prin prezentarea aspectelor generale ale recuperării reumaticilor cu deficienţe motorii, după care se precizează metodele clinice de evaluare funcţională a articulaţiilor şi musculaturii. În sfîrşit, după ce se precizează rolul electromiografiei în domeniul recuperării reumaticilor, capitolul se termină cu expunerea principalilor factori ai tratamentului complex de recuperare : medicamentos, ortopedico-chirurgical, balneo-fizioterapic, kinetoterapic şi ergoterapic.

Capitolul al III-lea tratează metodologia recuperării afecţiunilor reumatice. Aici sînt prezentate, în mod amănunţit, metodele de profilaxie şi recuperare a deficienţelor motorii în P.C.E., spondilite şi artroze, făcîndu-se totodată şi un studiu privind reeducarea mersului. În plus, sînt analizate amănunţit problema profilaxiei şi a recuperării discopatiilor cervicale, dorsale şi lombare, cu tratamentul lor complex, precum şi profilaxia şi recuperarea reumatismelor abarticulare, a algodistrofiilor simpatice şi a scoliozelor.

Lucrarea se termină cu capitolul : „Aspecte privind readaptarea şi reclasarea profesională a reumaticilor cu deficienţe motorii". Acest capitol este foarte important, în special pentru sectorul de producţie.

După stabilizarea puseului acut, reumaticul iese din spital „ameliorat", fără dureri, dar adeseori cu anchiloze. În absenţa unui sistem de recuperare, readaptare *şi* reclasare, *bolnavul încearcă să facă faţă eforturilor zilnice, dar boala îl împiedică, uneori, să-şi reia vechea profesie. Acest proces complex, atît de important pentru sectorul de producţie, ca şi pentru bolnav, este necesar să se desfăşoare în mod organizat, pe* etape, *ţinînd cont de următoarele : 1) recuperarea funcţională urmăreşte corijarea deficienţelor motorii instalate, limitarea infirmităţii şi recuperarea la maximum a capacităţii fizice ; în cazul unor infirmităţi mai importante se urmăreşte reeducarea sau readaptarea funcţională la efort în general, reumaticul cu deficienţe motorii reantrenîndu-se la gesturile vieţii curente pentru reintegrarea sa în mediul familial şi profesional ; readaptarea profesională la vechea*

Scanned with OKEN Scanner

meserie trebuie să se facă progresiv ; 2) cînd infirmitatea nu mai permite reluarea vechii sale ocupaţii, trebuie să-l învăţăm o nouă meserie permiţînd astfel reclasarea sa profesională, adică trecerea sa într-o nouă profesie. Dificultăţile readaptării şi reclasării profesionale sînt diferite pentru reumaticii recuperabili, parţial recuperabili sau irecuperabili.

Trebuie să luptăm prin toate mijloacele pentru a preîntîmpina deficienţele motorii şi infirmităţile grave determinate de afecţiunile reumatice care impun un proces îndelungat şi dificil de recuperare şi readaptare profesională.

Lucrarea de faţă este fructul experienţei acumulate în domeniul recuperării funcţionale a reumaticilor, de către o echipă de specialişti din Centrul metodologic de reumatologie. Obiectivul principal al lucrării de faţă este să pună la îndemîna medicilor metode practice de tratament şi recuperare, aducînd astfel o completare strict necesară terapiei reumatice ; considerăm că în acest fel reumatologia capătă un aspect unitar, fiind legată de problemele reale ale practicii medicale.

I. Stoia
Director al Centrului metodologic republican de reumatologie

Scanned with OKEN Scanner

TABLA DE MATERII

Pag.

Prefața (I. STOIA) 5

Capitolul 1

I. Diagnosticul precoce în afecțiunile reumatice care provoacă deficiențe motorii (I. STOIA, D. CIVICĂ, I. ROVINESCU) 13

A. Boala Bouillaud-Sokolski 13
B. Poliartrita reumatoidă 18
C. Spondilita anchilozantă 32
D. Reumatismele degenerative 42
E. Periartrita scapulo-humerală 70
F. Sindromul algodistrofic 74

II. Contribuția examenelor clinico-radiologice în individualizarea tratamentelor de recuperare (I. STOIA, I. STROESCU, I. ROVINESCU) 78

Capitolul al II-lea

Aspecte generale privind reabilitarea reumaticilor cu deficiențe motorii (I. STROESCU) 121

Metode clinice de bilanț articular și muscular (I. STROESCU) . . . 124

— Umărul 127
— Cotul 127
— Pumnul 128
— Mîna 128
— Șoldul 130
— Genunchiul 131
— Piciorul 131
— Coloana cervicală 133
— Coloana toracală 134
— Coloana lombo-sacrată 135

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

Aportul electromiografiei (EMG) în domeniul reabilitării reumaticilor (D. CIVICĂ) 135
A. Bazele fiziologice ale electromiografiei (EMG) 135
B. Contribuţia EMG în poliartrita reumatoidă 139
C. Contribuţia EMG în lombosciaticele discale 140
D. Contribuţia EMG în coxartroze 141

Aportul tratamentelor medicamentoase în domeniul reabilitării reumaticilor (I. STOIA, I. STROESCU) 146
A. Derivaţi cortizonici 146
B. Crisoterapia 151
C. Antipaludicele de sinteză 152
D. Derivaţi pirazolaţi 153
E. Alte tratamente 153

Principii şi metode ortopedico-chirurgicale în prevenirea şi corijarea deformaţiilor la reumatici (M. NEGOESCU) 154
A. Principii generale 154
B. Metode ortopedico-chirurgicale 156
C. Metodologia specială ortopedico-chirurgicală în bolile reumatismale 164
1. Poliartrita reumatoidă 164
2. Spondilita anchilopoietică 179
3. Artrozele 183
4. Periartrita umărului 188

Kinetoterapia şi ergoterapia (I. STROESCU) 188

Aportul balneofizioterapiei în recuperarea deficienţelor motorii determinate de afecţiunile reumatice (I. STOIA, I. STROESCU) . . . 199
I. Balneokinetoterapia 199
II. Fizioterapia 201
III. Balneoterapia 203

Capitolul al III-lea

Metodologia reabilitării bolnavilor cu afecţiuni reumatice (I. STROESCU) 208

Metode de profilaxie şi recuperare a deficienţelor motorii determinate de poliartrita reumatoidă 208
I. Principii de recuperare. Criterii de individualizare 208
II. Principalele obiective ale profilaxiei şi recuperării 215
III. Metode generale de recuperare în poliartrita reumatoidă . . . 216
IV. Scheme metodologice de recuperare după un criteriu topografic 226

Profilaxia şi recuperarea deficienţelor motorii determinate de spondilartrita anchilozantă 238
I. Date generale 238
II. Criterii anatomo-clinice şi fiziopatologice 240
III. Metode de testare 243
IV. Obiectivele principale ale profilaxiei şi recuperării 244
V. Metodologia genèrală a profilaxiei şi recuperării deficienţelor motorii produse de spondilartrita anchilozantă 244

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

Metode de profilaxie şi recuperare în artrozele coxo-femurale 256
I. Criterii de individualizare 257
II. Testarea deficitului motor dat de coxartroză 258
III. Obiectivele recuperării 262
IV. Metode de profilaxie şi recuperare 262

Metode de recuperare în artrozele genunchilor. Probleme de reeducarea mersului 271

Metode de profilaxie şi recuperare a discopatiilor 276
I. Profilaxia şi recuperarea discopatiilor lombare 278
II. Profilaxia şi recuperarea discopatiilor cervicale 297
III. Profilaxia şi recuperarea discopatiilor dorsale 300

Profilaxia şi recuperarea unor reumatisme abarticulare şi a unor algodistrofii simpatice ale membrelor 303
I. Probleme de recuperare ridicate de unele reumatisme abarticulare 303
Periartrita scapulo-humerală 304
Boala Dupuytren 311
Boala Ledderhose 314
II. Algodistrofiile simpatice 314

Profilaxia şi recuperarea scoliozelor 316
I. Probleme generale. Criterii de individualizare 316
II. Scolioze secundare, scolioze idiopatice, atitudini scoliotice . . . 319
III. Bilanţul deviaţiilor statice vertebrale 320
IV. Observaţii clinice 321
V. Metodologia generală 323

Capitolul al IV-lea

Aspecte privind readaptarea şi reclasarea profesională a reumaticilor cu deficienţe motorii (I. STOIA, I. STROESCU) 335
A. Aspecte medico-profesionale privind specificul ramurilor de producţie 336
B. Aspecte medico-profesionale privind reumaticii „recuperaţi", „recuperaţi parţial" sau „irecuperabili" 342
Bibliografie 350

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul I

I. DIAGNOSTICUL PRECOCE ÎN AFECȚIUNILE REUMATICE CARE PROVOACĂ DEFICIENȚE MOTORII

Am socotit că în lucrarea de față acest capitol este indispensabil, deoarece un diagnostic precoce duce la înlăturarea gravelor invalidități și la evitarea laborioasei munci de recuperare medicală.

Cu atît mai mult considerăm necesar acest capitol, cu cît se știe că dificultățile de diagnostic le întîlnim mai ales în formele incipiente și atipice ale acestor afecțiuni reumatismale.

În cele ce urmează vom expune, sumar, simptomatologia și diagnosticul diferențial de debut al bolii Bouillaud-Sokolski, al poliartritei reumatoide, al spondilitei anchilozante, al reumatismelor degenerative, al periartritei scapulo-humerale (P.S.H.) și al sindromului algodistrofic.

Expunem sumar boala Bouillaud-Sokolski, deoarece într-o proporție de 6% din cazuri ea poate conduce la deficiențe motorii.

A. BOALA BOUILLAUD-SOKOLSKI

Este cea mai frecventă cauză a îmbolnăvirilor cardiace sub vîrsta de 40 de ani, reprezentînd prin aceasta un pericol pentru tineret. Ea constituie afecțiunea reumatismală cea mai frecvent întîlnită la copil. Diagnosticul ei în stadiul incipient reprezintă una dintre problemele grele de clinică infantilă. Afecțiunea se întîlnește însă destul de frecvent la adult.

Diagnosticul diferențial în boala Bouillaud-Sokolski (B.-S.) la debut devine dificil, cînd afecțiunea îmbracă forme atipice.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul bolii se fixează pe baza unor semne majore şi minore. Dacă poliartrita, cardita, coreea, nodulii subcutanaţi, eritemul marginal, recidivele sînt socotite semne majore, mai ales la copii, manifestările generale minore ca : paloarea, astenia, anorexia, transpiraţia, epistaxisul şi febra nu pot fi neglijate, mai ales la copiii mici. Diagnosticul este dificil în stadiul de debut. deoarece simptomele sînt uneori foarte discrete şi greu de interpretat. Dacă pînă la vîrsta de 15 ani 90% dintre poliartritele acute sînt reprezentate de boala B.-S., peste această vîrstă multiplele forme de poliartrite acute şi subacute recunosc şi alte cauze.

Caracterele care diferenţiază manifestarea afecţiunii la adult faţă de copil sînt : evoluţia articulară mai prelungită şi mai tenace, prinderea inimii într-o proporţie mai mică (25%), evoluţia mai benignă, răspunsul mai dificil la tratamentul salicilic şi hormonal. La adulţi, intervalul dintre debutul amigdalitei şi apariţia poliartritei este mai mare, ajungînd uneori pînă la 30 de zile. În studiul clinic al acestei boli trebuie să ţinem cont de faptul că atacul acut poate începe brusc sau lent, că durerile articulare la copii lipsesc în 40% din cazuri şi sînt mobile ; la adult şi copiii mari boala prinde mai multe articulaţii, mai ales articulaţiile mari de la membrele inferioare.

Debutul carditei reumatismale se produce între a 5-a şi a 15-a zi de la debutul atacului acut, manifestîndu-se prin : endocardită cu miocardită, miocardită, pericardită cu miocardită sau pancardită. Prinderea inimii este mai frecventă în formele abarticulare, iar leziunile congenitale cardiace ar favoriza grefarea reumatismului. Cardita reumatismală cu miocardită se manifestă prin : tahicardie, uneori bradicardie, prezenţa de extrasistole. asurzirea zgomotelor inimii, suflu sistolic la vîrf, hipotensiune.

Ca semne electrocardiografice putem întîlni unda *P* bifidă, difazică sau negativă, alungirea intervalului *P—R*, bloc de arborizaţie, unda *T* difazică.

Endocardita la copii o întîlnim în 81% din cazuri, exteriorizîndu-se clinic prin simptome subiective (palpitaţii, dureri precordiale) şi semne obiective (puls accelerat, paloarea tegumentelor şi asurzirea zgomotelor cardiace).

Suflul diastolic în focarul aortic precizează diagnosticul de insuficienţă aortică, iar uruitura diastolică în focarul mitral indică existenţa unei stenoze mitrale.

Pericardita se manifestă, clinic, prin dureri precordiale ; de asemenea, dispnee, recrudescenţa febrei, tahicardie, frecătură pericardică ; la examenul radiologic se pune în evidenţă o imagine caracteristică pentru existenţa lichidului în pericard. Tulburările vasculare pot con-

stitui un semn de debut mai ales la copii, ele explicînd transpiraţiile, paloarea extremităţilor şi paresteziile.

Ca manifestări cutanate întîlnim, frecvent, eritem nodos, eritem marginal, eritem polimorf, purpură, nodozităţi Meynet.

Testele de laborator obişnuite sînt : hemograma (cu anemie şi leucocitoză moderate), V.S.H. mărită, hiperfibrinemie, creşterea globulinelor şi scăderea albuminelor, proteina C reactivă mărită, titrul A.S.L.O. mărit, care însă nu este specific pentru boala B.-S., ci indică o infecţie streptococică.

Printre formele clinice ale bolii B.-S. amintim : forma latentă, forma cardioarticulară, forma cardiacă pură, forma articulară pură, forma nervoasă, forma viscerală, formele abarticulare, larvate, nervoase, pulmonare şi pseudotuberculoase descrise de Păunescu-Podeanu.

Diagnosticul diferenţial se poate face cu : 1) reumatismul subacut care apare mai frecvent între 30 şi 40 de ani, prinde mai ales articulaţiile medio-tarsiene, genunchii, coatele ; inima este normală, iar A.S.L.O. uşor mărit ; 2) reumatismul postanginos care se caracterizează prin absenţa carditei ; prinde mai ales articulaţiile membrelor inferioare, lasă sechele (picior plat, ecvin) ; este mai mult oligoarticular ; 3) manifestările articulare care apar în cursul eritemului nodos ; 4) P.C.E. cu debut poliarticular (P.C.E. nu începe cu angină, nu prinde inima, se localizează mai frecvent la degete) ; 5) spondilita periferică, care apare mai ales la bărbaţii tineri, fără leziuni cardiace ; sînt prinse, în mod persistent, doar 1—2 articulaţii ; 6) guta poliarticulară (apare mai ales la bărbaţii obezi cu hiperuricemie) ; 7) artrozele activate care apar mai ales la menopauză, la persoanele cu noduli Heberden ; 8) reumatismul palindromic (nu prinde inima, se repetă continuu, prinde mai ales genunchii şi pumnii) ; 9) reumatismele secundare : postdizenterice, catarale, gonococice, prin infecţie de focar ; reumatismul Poncet care apare la bacilarii tineri ; artralgiile din hepatita epidemică (sînt însoţite de tulburări digestive, nu reacţionează la salicilat, durerile dispar o dată cu apariţia icterului) ; poliartrita brucelozică, manifestată prin artralgii, febră ondulantă şi transpiraţii ; 12) artralgiile din luesul secundar ; 13) artralgiile din limfogranulomatoză ; 14) boala Reiter (caracterizată prin artrită, uretrită şi conjunctivită) ; 15) reumatismul postscarlatinos care apare mai ales între 16 şi 18 ani ; 17) artritele din colagenoze (lupus eritematos, periarterita nodoasă, sclerodermie, dermatomiozită) ; 18) boala Whipple, caracterizată prin poliartrită, febră şi steatoree ; 19) boala periodică, care apare mai frecvent la mediteranieni, fiind caracterizată prin poliartrită, febră şi crize dureroase abdominale ; 20) la copii între 13 şi 15 ani, o poliartrită febrilă, salicilorezistentă, trebuie să ne atragă atenţia asupra posibilităţii durerilor generate de creşterea epifizelor.

Scanned with OKEN Scanner

Din cele de mai sus rezultă dificultatea stabilirii diagnosticului reumatismului B.-S. prin diferențierea față de alte reumatisme de graniță.

În cele de graniță, noi grupăm reumatismele — fie ele inflamatoare sau degenerative — care ne dau dificultăți din punctul de vedere al diagnosticului, în vederea celei mai potrivite conduite terapeutice. Vom expune foarte succint cîteva cazuri de afecțiuni de graniță precoce care se întîlnesc în practică.

Fetița N. O., de 13 ani, se prezintă la consultații pentru dureri reumatice; a avut și are puseuri reumatice la genunchi și la articulațiile tibiotarsiene. V.S.H. 17/20 mm; A.S.L.O. 230 u.; nimic patologic la inimă. Este vorba în acest caz de un reumatism B.-S. sau de artralgii prin infecție de focar amigdalian? În reumatismul B.-S. polialgiile sînt mobile.

În cazul nostru, cu toate că prinderea inimii nu era decelabilă clinic, fiind vorba de o fetiță de 13 ani, am tratat-o ca pe un caz de boală B.-S., ținînd-o sub observație.

Este mai prudent să tratăm reumaticii sub 15 ani ca suspecți de B.-S., deoarece 90% din durerile reumatice survenite pînă la 15 ani sînt expresia unui reumatism B.-S. Trebuie să administrăm penicilină, 600 000 u. săptămînal, să dăm hormoni corticoizi și salicilat în doze masive.

Un alt caz pe care îl prezentăm ne întărește justețea conduitei terapeutice a primului caz.

Bolnavul M. I., în vîrstă de 19 ani, vine la consultație pentru dureri poliarticulare; este afebril și nu se plînge de dispnee și nici de palpitații. Cu o lună și jumătate înainte a avut o amigdalită ușoară, pe care a tratat-o „pe picioare"; neagă să fi avut amigdalită în trecut. Examenul clinic precizează existența unei afectări mitrale.

Deci, chiar pînă la 20 de ani, o amigdalită însoțită de artralgii trebuie să ne facă să suspectăm un reumatism B.-S. și să-l tratăm energic, pentru a preveni o prindere a inimii, cum s-a întîmplat în cazul nostru.

Este mai bine să tratăm orice reumatism amigdalian la copil și adolescent ca o boală B.-S., decît să avem surpriza prinderii inimii, ca în cazul de față.

Printre reumatismele de graniță, amintim: reumatismul palindromic, hidartroza intermitentă, reumatismul subacut și reumatismul postanginos. Tot ca poliartrite de graniță mai pot fi amintite: condrocalcinoza articulară difuză, aspectele reumatologice ale disglobulinemiilor, artropatiile virale, manifestările articulare ale bolii Besnier-Boeck-Schaumann, reumatismele intestinale, manifestările articulare din sindromul carcinoid malign, din boala Whipple și sindroamele paraneoplazice musculare și neurologice. Dificultăți de diagnostic întîlnim și în artropatiile psoriazice, colagenoze, reticuloze, spondilita periferică, dar mai ales în P.C.E.

Scanned with OKEN Scanner

Ca aspecte reumatologice ale disglobulinemiilor notăm : agammaglobulinemia cu manifestări osteoarticulare, manifestările articulare ale mielomului multiplu şi ale macroglobulinemiei Waldenström.

O altă serie de manifestări reumatice de graniţă se plasează între artroze şi artrite ; este vorba în acest caz de artrozele activate. Activarea procesului artrozic se datoreşte unuia sau mai multor factori : mecanici, psihici, toxici, carenţiali, ereditari, traumatici, endocrini, metabolici, infecţioşi, vasculari etc.

Poliartroza, în general, este o boală benignă ; dacă se asociază cu alte boli, evoluţia şi prognosticul se schimbă. De exemplu, o poliartroză complicată cu osteoporoză şi osteomalacie devine dureroasă şi este necesar să facem şi tratamentul complicaţiei în acest caz. De asemenea, este necesar tratamentul complex, cînd poliartrozele se asociază cu obezitate, tulburări circulatoare, endocrine sau infecţioase.

În orice poliartroză cu dureri continue şi cu V.S.H. mărită, trebuie să căutăm bolile asociate (infecţii intercurente sau infecţii de focar) sau să vedem dacă nu avem de-a face cu o poliartroză care se transformă în P.C.E. (este foarte important să facem în acest caz diagnosticul cît mai precoce).

Formele de graniţă între diferitele manifestări reumatice ridică uneori dificultăţi serioase de diagnostic. Ne ajută în punerea diagnosticului clinica, laboratorul şi radiologia.

Pentru precizarea diagnosticului la patul bolnavului, noi recomandăm o gîndire anatomo-clinică şi plurietiologică. Gîndirea anatomo-clinică facilitează diagnosticul afecţiunii şi stadiul ei evolutiv, iar descoperirea cauzelor ne fundamentează bazele tratamentului ştiinţific.

Acest mod de a gîndi ne facilitează un diagnostic cît mai precoce şi ne dă posibilitatea să obţinem cele mai bune rezultate printr-o terapie adecvată.

Noi nu ne vom ocupa în mod special de reabilitarea reumatismului B.-S., deoarece aici reabilitarea o va face de regulă cardiologia, această afecţiune lăsînd frecvent sechele cardiace. Totuşi, în cîteva cuvinte vom aminti de tratamentul bolii B.-S., curativ şi profilactic. Cazurile rare de deformări articulare care survin în B.-S. beneficiază de o reabilitare similară poliartritei reumatoide.

Tratamentul curativ constă în administrarea de penicilină, timp de 15 zile (cîte un milion u. zilnic), hormoni conticoizi şi salicilaţi în doze mari, cel puţin 6—8 săptămîni.

Repausul la pat are mare importanţă pentru reuşita tratamentului şi el este indicat pînă la normalizarea probelor biologice, mai ales la copii. Vom efectua şi profilaxia primară, şi profilaxia secundară a recidivelor.

Scanned with OKEN Scanner

În profilaxia primară, tratamentul trebuie început în primele 2 zile ale infecției streptococice și el trebuie să dureze cel puțin 15 zile ; se vor face 1 milion u. penicilină, zilnic. Profilaxia recidivelor se realizează prin administrarea de penicilină cel puțin 5 ani (cîte 600 000 u., săptămînal).

Între recidive, cu toată lipsa semnelor clinice și biologice, bolnavul trebuie supravegheat și tratat, deoarece boala B.-S. poate evolua latent.

Această afecțiune poate să îmbrace rar forma de poliartrită fibrozantă, fără semne inflamatoare, cu tendința spre anchiloză, fără visceralizare, cu V.S.H. și A.S.L.O. normale. Această formă se pretează la reabilitare, ca și o P.C.E., pentru a împiedica anchilozele în poziții vicioase, mai ales la mîini și genunchi. Poate însă să îmbrace forma subacută, exsudativă, febrilă, prelungită luni de zile, cu reumocardită floridă ; aici reabilitarea este tot cardiacă.

Uneori, B.-S. poate da simptome reumatice funcționale manifestate prin artralgii, mialgii, nevralgii (Păunescu-Podeanu), care apar la schimbări de temperatură, infecții intercurente sau oboseală ; această formă apare la adult și se tratează cu antimalarice, balneoterapie și helioterapie.

Diagnosticul precoce în B.-S. este foarte important, deoarece afecțiunea prinde frecvent inima. Iată pentru ce în reumatismul acut, la persoanele tinere, este necesar ca medicul să-și formeze un adevărat reflex mintal, care, după cum susține Păunescu-Podeanu, îl ajută mult la fixarea unui diagnostic precoce.

B. POLIARTRITA REUMATOIDĂ

Printre afecțiunile reumatismale, poliartrita reumatoidă, prin severitatea leziunilor articulare, aduce prejudicii grave indivizilor în plină capacitate de muncă, transformîndu-i, cu timpul, datorită evoluției afecțiunii, în dependenți sociali.

Spitalizările repetate ale acestor bolnavi, tratamentele lungi, ajutoarele de boală sau pensii pentru pierderea capacității de muncă temporară sau definitivă reprezintă un capitol important de aspecte medico-sociale ale acestei boli.

Ca urmare, importanța diagnosticului precoce în această afecțiune este capitală pentru evoluția ulterioară a bolii și păstrarea capacității de muncă a bolnavilor. Surprinderea bolnavilor de poliartrită reumatoidă în stadiul incipient, cînd interesarea articulațiilor este minimă, leziunile fiind reversibile, capătă o valoare deosebită profilactică. În stadiile tardive ale afecțiunii, diagnosticul clinic nu prezintă dificultăți, dar în aceste stadii afectarea țesuturilor articulare

prin leziunile existente ireversibile — distrucţii osteocartilaginoase şi retracţii capsuloligamentare — duce la deformări, urmînd ca numai printr-o recuperare ortopedico-chirurgicală judicioasă să se mai poată menţine sau reda capacitatea de muncă a bolnavului, medicaţia existentă la ora actuală fiind incapabilă de acest lucru.

Poliartrita reumatoidă este o afecţiune inflamatoare a ţesutului conjunctiv, procesul morbid afectînd întreg organismul — vase, muşchi, nervi, viscere ; aparatul locomotor este însă cel mai grav afectat şi cel care dă nota clinică deosebită.

Boala este progresivă, cu debut insidios, prinzînd articulaţiile mici de la mîini — metacarpo-falangiene şi interfalangiene proximale — şi de la picioare — metatarso-falangiene —, de obicei simetric şi cu evoluţie centripetă, pe parcurs interesînd aproape toate articulaţiile.

Prezenţa factorului reumatoid întăreşte diagnosticul şi dă autonomie clinică acestei boli.

Poliartrita reumatoidă este de 4 ori mai frecventă la femei decît la bărbaţi şi apare cu predominanţă la cele astenice.

În ceea ce priveşte vîrsta, boala apare cu predominanţă între 20 şi 50 de ani, dar nu sînt rare cazurile cînd boala debutează în copilărie sau după vîrsta de 55 de ani.

Etiologia rămîne, din păcate, încă necunoscută pentru noi. Ceea ce ştim este că leziunea iniţială în poliartrita reumatoidă se găseşte în substanţa bazală a ţesutului conjunctiv şi că o serie întreagă de factori (psihici, endocrini, frigul, umezeala) contribuie la declanşarea ei. În acest sens, poliartrita reumatoidă ar fi o reacţie deosebită a ţesutului mezenchimal la diferite noxe. Descoperirea factorului reumatoid, cercetările privind manifestările de hipersensibilitate serică şi celulară fac loc tot mai mult ipotezei unei dezordini imunologice de origine ereditară.

Clasic, în evoluţia poliartritei reumatoide se descriu mai multe stadii : 1) stadiul polialgic ; 2) stadiul exsudativ ; 3) stadiul exsudativ-proliferativ ; 4) stadiul productiv ; 5) stadiul caşectic sau terminal.

În general, debutul poliartritei reumatoide este dominat de manifestări generale extraarticulare, care îngreuiază mult precizarea diagnosticului. Aceste manifestări fac parte din sindromul prodormal care poate apărea după o infecţie generală, oboseală, şoc emoţional, expunere la frig sau chiar un traumatism. Subiectiv, apar dureri şi crampe musculare intermitente, mai ales noaptea şi la contactul cu apa rece. În această fază prodromală, bolnavii se plîng de oboseală, nervozitate, slăbire generală, senzaţie de rău general, transpiraţie, subfebrilităţi, le scade capacitatea de muncă. La aceste simptome generale se adaugă tulburări vasomotorii şi neurovegetative ca : parestezii ale extremită-

Scanned with OKEN Scanner

ţilor, mai ales noaptea, degete amorţite, mîini reci şi umede, furnicături, mai ales în braţe şi gambe, redoare matinală în articulaţiile degetelor. Această perioadă poate fi mai scurtă sau mai lungă, durînd săptămîni, luni sau chiar ani, înainte de apariţia simptomelor articulare. În multe cazuri, cu mult timp înaintea debutului evident, bolnavii acuză o rigiditate musculară şi dureri migratorii, mai ales periarticulare, cu caracter fibrozitic, dimineaţa sau după inactivitate. Din punct de vedere biologic, aceşti bolnavi prezintă V.S.H. crescută şi anemie hipocromă puţin influenţabilă prin preparate feroase.

Ulterior, tabloul clinic de debut este dominat de artralgii, localizate mai frecvent la nivelul articulaţiilor interfalangiene proximale, la articulaţiile metacarpo-falangiene ale indexului şi mediusului, la nivelul pumnilor, la călcîi, la apofiza stiloidă cubitală. Artralgiile sînt de intensitate variabilă, de la dureri trecătoare şi de intensitate mică, la forme hiperalgice, vii ; ele pot fi spontane sau să apară la presiunea exercitată la nivelul acestor articulaţii. Caracteristic este faptul că apar şi se intensifică mai ales noaptea ; predominanţa nocturnă, la care se adaugă continuitatea, este caracteristică artralgiilor care prevestesc apariţia poliartritei reumatoide. Artralgiile se pot însoţi chiar din această perioadă de tumefacţii discrete ale părţilor moi periarticulare, ducînd, clinic, la aspectul de „fus" al degetelor, tumefacţii care pot fi decelate şi pe radiografii.

În această perioadă precoce a afecţiunii, sistemul muscular este şi el afectat şi această suferinţă este tradusă, clinic, prin dureri musculare spontane sau la presiune şi prin atrofii musculare care apar mai ales la nivelul muşchilor interosoşi dorsali ai mîinii. Scăderea forţei musculare — bolnavii scapă obiectele din mînă — este de asemenea un semn precoce care denotă afectarea sistemului muscular.

Mîinile reci şi umede sînt frecvent întîlnite la aceşti bolnavi, traducînd tulburările vasomotorii ; uneori, întîlnim crize de tip Raynaud.

Anatomopatologic, se constată că sinoviala este edematiată, îngroşată, prezentînd numeroase vilozităţi papilomatoase. În regiunea subendotelială găsim infiltrate celulare formate din limfocite şi plasmocite, cu tendinţă la formarea de noduli care sînt consideraţi, caracteristici pentru poliatrita reumatoidă.

Boala debutînd la nivelul sinovialei, în stadiile foarte incipiente aspectul radiologic al oaselor este normal. Tumefierea părţilor moi însă, datorită proliferării sinovialei, îngroşării capsulei articulare şi creşterii lichidului articular, este vizibilă pe radiografii, aşa cum reiese din următoarea observaţie :

Bolnava I. M., în vîrstă de 40 de ani, se prezintă la consultaţii pentru artralgii localizate la nivelul articulaţiilor metacarpo-falangiene, interfalangiene proximale şi metatarso-falangiene, dureri care au apărut cu aproximativ 1 an în urmă. V.S.H. 20/40 mm ; reacţia latex 1/40 ; reacţia Waaler-Rose,

ţilor, mai ales noaptea, degete amorţite, mîini reci şi umede, furnicături, mai ales în braţe şi gambe, redoare matinală în articulaţiile degetelor. Această perioadă poate fi mai scurtă sau mai lungă, durînd săptămîni, luni sau chiar ani, înainte de apariţia simptomelor articulare. În multe cazuri, cu mult timp înaintea debutului evident, bolnavii acuză o rigiditate musculară şi dureri migratorii, mai ales periarticulare, cu caracter fibrozitic, dimineaţa sau după inactivitate. Din punct de vedere biologic, aceşti bolnavi prezintă V.S.H. crescută şi anemie hipocromă puţin influenţabilă prin preparate feroase.

Ulterior, tabloul clinic de debut este dominat de artralgii, localizate mai frecvent la nivelul articulaţiilor interfalangiene proximale, la articulaţiile metacarpo-falangiene ale indexului şi mediusului, la nivelul pumnilor, la călcîi, la apofiza stiloidă cubitală. Artralgiile sînt de intensitate variabilă, de la dureri trecătoare şi de intensitate mică, la forme hiperalgice, vii ; ele pot fi spontane sau să apară la presiunea exercitată la nivelul acestor articulaţii. Caracteristic este faptul că apar şi se intensifică mai ales noaptea ; predominanţa nocturnă, la care se adaugă continuitatea, este caracteristică artralgiilor care prevestesc apariţia poliartritei reumatoide. Artralgiile se pot însoţi chiar din această perioadă de tumefacţii discrete ale părţilor moi periarticulare, ducînd, clinic, la aspectul de „fus" al degetelor, tumefacţii care pot fi decelate şi pe radiografii.

În această perioadă precoce a afecţiunii, sistemul muscular este şi el afectat şi această suferinţă este tradusă, clinic, prin dureri musculare spontane sau la presiune şi prin atrofii musculare care apar mai ales la nivelul muşchilor interosoşi dorsali ai mîinii. Scăderea forţei musculare — bolnavii scapă obiectele din mînă — este de asemenea un semn precoce care denotă afectarea sistemului muscular.

Mîinile reci şi umede sînt frecvent întîlnite la aceşti bolnavi, traducînd tulburările vasomotorii ; uneori, întîlnim crize de tip Raynaud.

Anatomopatologic, se constată că sinoviala este edematiată, îngroşată, prezentînd numeroase vilozităţi papilomatoase. În regiunea subendotelială găsim infiltrate celulare formate din limfocite şi plasmocite, cu tendinţă la formarea de noduli care sînt consideraţi, caracteristici pentru poliatrita reumatoidă.

Boala debutînd la nivelul sinovialei, în stadiile foarte incipiente aspectul radiologic al oaselor este normal. Tumefierea părţilor moi însă, datorită proliferării sinovialei, îngroşării capsulei articulare şi creşterii lichidului articular, este vizibilă pe radiografii, aşa cum reiese din următoarea observaţie :

Bolnava I. M., în vîrstă de 40 de ani, se prezintă la consultaţii pentru artralgii localizate la nivelul articulaţiilor metacarpo-falangiene, interfalangiene proximale şi metatarso-falangiene, dureri care au apărut cu aproximativ 1 an în urmă. V.S.H. 20/40 mm ; reacţia latex 1/40 ; reacţia Waaler-Rose,

Scanned with OKEN Scanner

negativă. Examenul radiologic arată edem periarticular la nivelul articulației interfalangiene proximale a degetului 4, cu aspect fusiform. Diagnosticul de poliartrită reumatoidă este întărit de radiografia picioarelor, care pune în evidență zone chistice mari la cel de-al 3-lea și al 4-lea deget, în epifizele distale ale metatarsului respectiv, care sugerează posibilitatea unui debut la acest nivel și a unei evoluții mai îndelungate, tot aici (fig. 1 și 2).

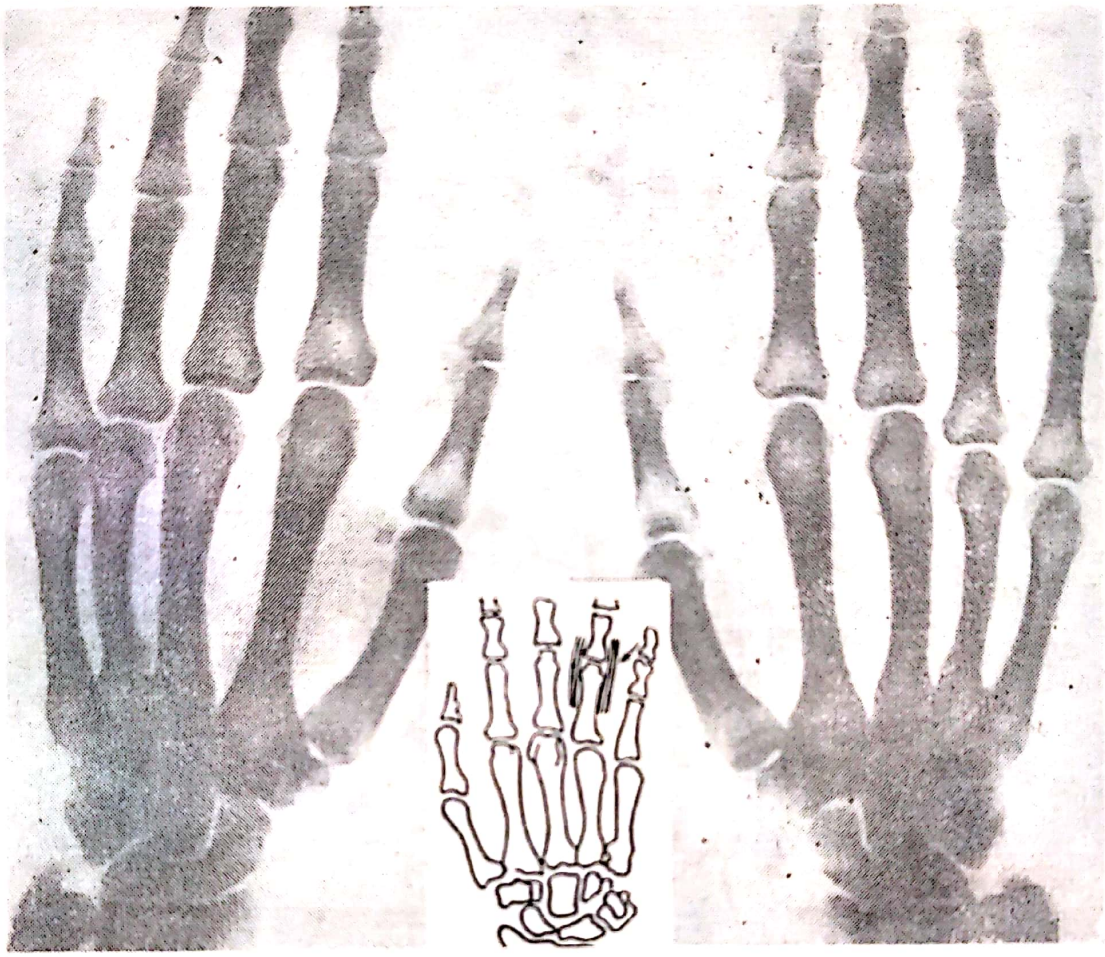

Fig. 1

Frecvent, osteoporoza și în special cea subcondrală a epifizelor falangelor constituie semnul radiologic cel mai precoce ; ea se explică prin faptul că osul, demineralizîndu-se, își pierde densitatea. O dată cu evoluția bolii, osteoporoza crește, structura osoasă devine neuniformă, traveele se subțiază și se răresc, pe alocuri se contopesc în așa fel, încît se ajunge la formarea unor chisturi, geode mai mari sau mai mici (fig. 3). Aceste geode sînt de obicei rotunde, clar conturate, rareori avînd contur difuz. Microgeodele care se găsesc de obicei în zona subcondrală, la degete (fig. 4), se pot observa și la articulațiile pumnilor, coatelor, coloanei cervicale. Geodele mari sînt rare și se întîlnesc mai ales la bărbați. Datorită apariției de lichid în articulații,

în stadiul precoce pe radiografie observăm o ușoară mărire a spațiului interarticular. O dată cu evoluția bolii, panusul sinovial invadează cartilajul și osul, distrugîndu-le ; atunci apar pe radiografie micșo-

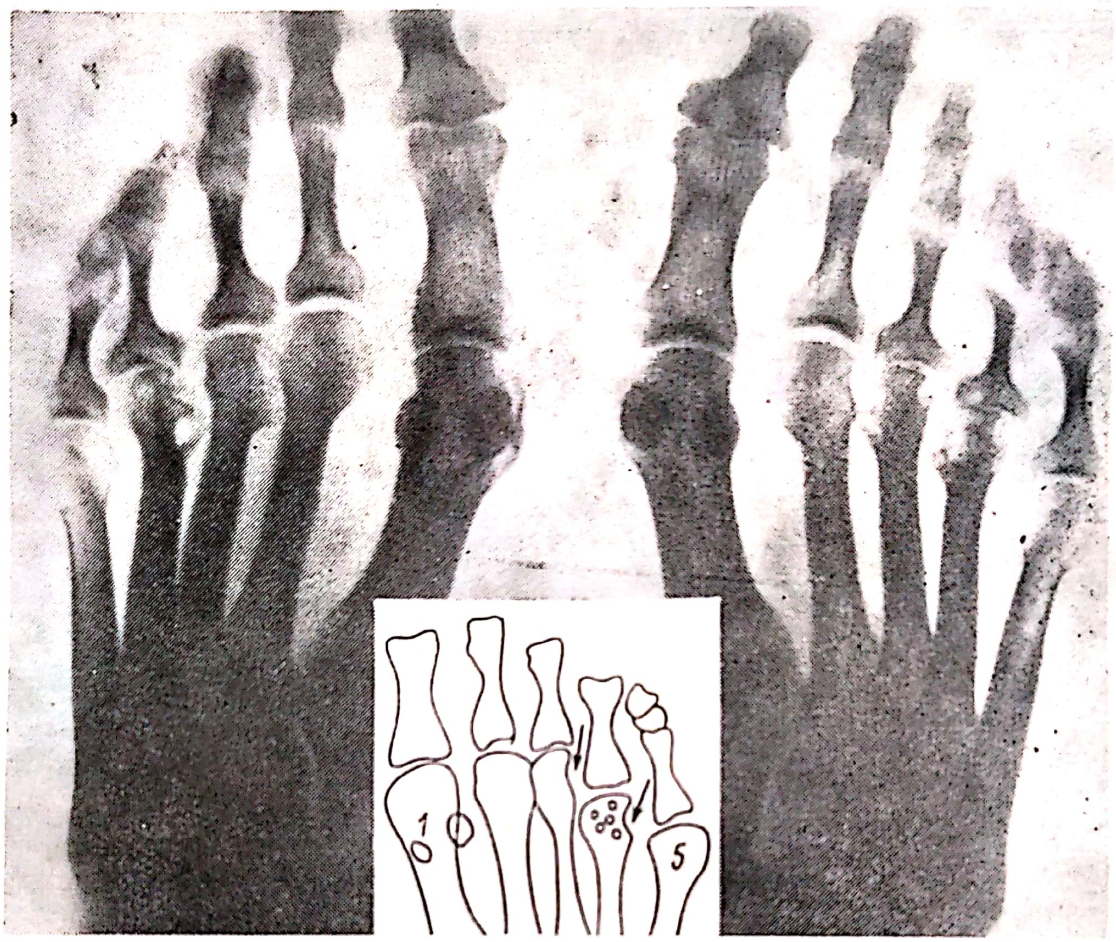

Fig. 2

rarea neregulată a spațiului interarticular și eroziuni profunde ale contururilor osoase.

Literatura arată că manifestările radiologice cele mai frecvente apar la nivelul articulațiilor metacarpo-falangiene ; un studiu recent, efectuat la Centrul de reumatologie din București, consemnează frecvența mai mare a manifestărilor radiologice la nivelul articulațiilor interfalangiene proximale.

Un alt semn incipient radiologic îl constituie modificările osteo-periostale sub forma unor spicule la nivelul falangelor.

Din punct de vedere biologic, în faza de debut a poliartritei reumatoide, probele de laborator le putem împărți în două categorii : unele ce ne arată prezența unui proces inflamator și intensitatea lui, avînd valoare orientativă diagnostică, și altele „specifice" poliartritei

reumatoide. Din prima categorie fac parte V.S.H., fibrinogenul şi proteina C reactivă, probe care indică prezenţa procesului inflamator. Din categoria a doua fac parte reacţiile Waaler-Rose şi latex, prin

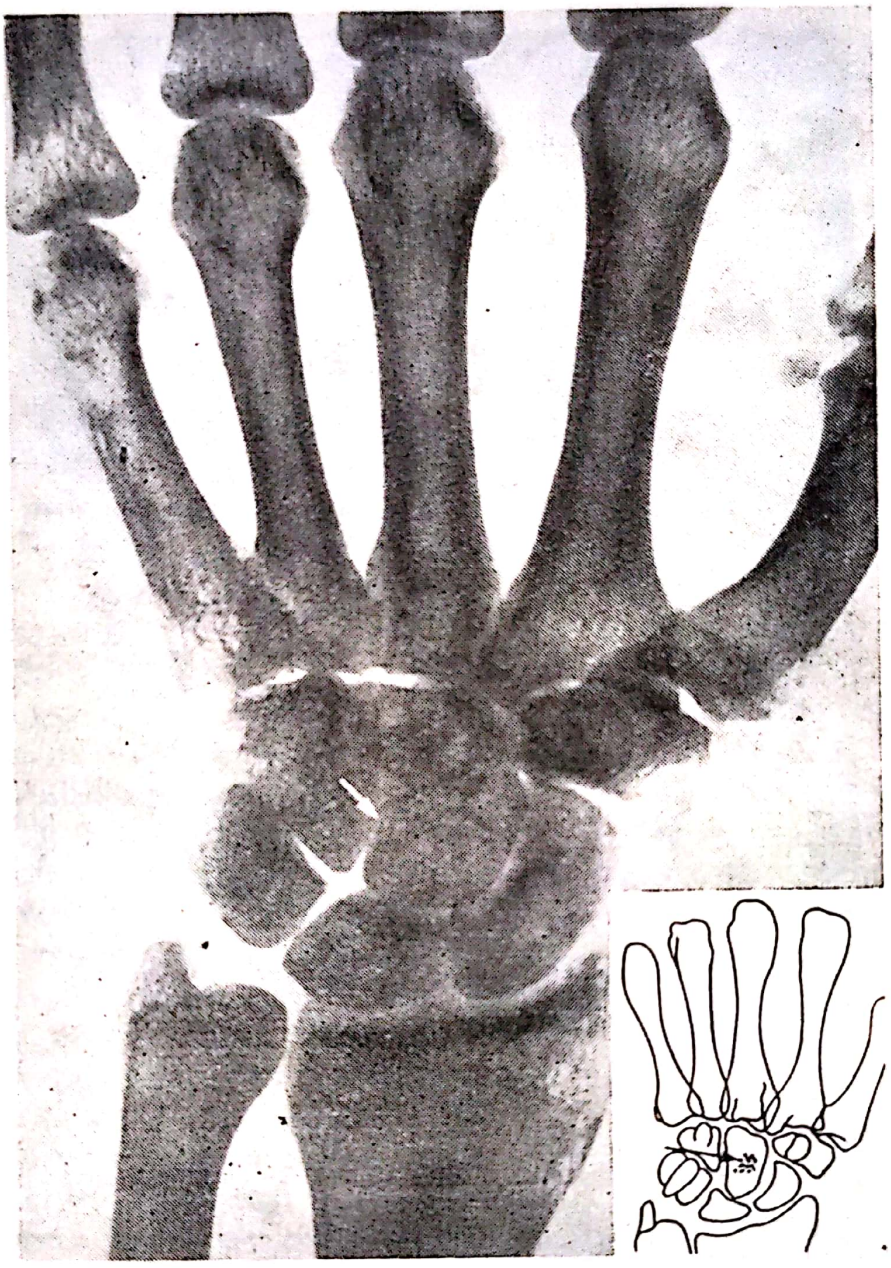

Fig. 3. — Poliartrita reumatoidă incipientă (radiologic se observă osteoporoză predominantă pe osul mare, dîndu-i aspectul în „piatră ponce").

care depistăm prezenţa factorului reumatoid. În general, aceste reacţii sînt pozitive în proporţie de 80%, din păcate însă abia după 6 luni sau un an de la debutul bolii. Depistarea serologică a factorului reumatoid prin reacţiile Waaler-Rose şi latex este un imens progres în

Scanned with OKEN Scanner

diagnosticul biologic al poliartritei reumatoide. Totuşi trebuie să recunoaştem că sensibilitatea lor nu este nici precoce şi nici fidelă, avînd destule cauze de erori. Deci ele nu aduc clinicianului certitudinea

Fig. 4.

diagnosticului, iar negativitatea lor nu exclude diagnosticul de poliartrită reumatoidă.

Din cele expuse pînă acum am văzut că nici semnele clinice, nici cele radiologice sau biologice nu sînt patognomonice pentru poliartrita reumatoidă, dar unele dintre ele sînt totuşi mai evocatoare decît altele

Scanned with OKEN Scanner

şi gruparea mai multor argumente de probabilitate poate să ne ducă la certitudine.

Importanţa diagnosticului precoce creşte, deoarece poliartrita reumatoidă, mai mult ca oricare altă boală, prezintă multiple forme atipice ; astfel, în funcţie de sex, vîrstă, constituţie, găsim aspecte diferite la femei şi bărbaţi, la copii, adulţi şi bătrîni. Debutul localizat la una sau mai multe articulaţii creează forme atipice, mono- sau oligoarticulare, asimetrice ; uneori, poate începe la o articulaţie mare — şold sau umăr —, care, de obicei, nu este afectată decît în stadiile tardive ale bolii.

Considerăm necesar să insistăm asupra acestor forme atipice, deoarece ele sînt acelea care pun cele mai multe probleme de diagnostic şi de decelarea lor depinde întreaga evoluţie ulterioară a afecţiunii.

Astfel poliartrita reumatoidă juvenilă începe frecvent cu febră mare şi monoarticular. Prinderea coloanei cervicale la copii se face în proporţie de 80% şi cu predominanţă la sexul masculin. Se traduce, clinic, printr-un torticolis permanent, iar evoluţia duce la anchiloza coloanei cervicale. Datorită modificărilor osoase patologice care apar la copil tocmai în perioada de creştere, aspectul clinic al acestuia prezintă numeroase anomalii : brahignaţia produsă prin dezvoltarea anormală a mandibulei, fizionomia copilului luînd aspect de „faţă de pasăre“ ; brahidactilia, mîinile acestor copii fiind asemănătoare „labelor de urs“. Printr-o calcifiere timpurie a cartilajelor de conjugare epifizară, dezvoltarea longitudinală este împiedicată, copiii rămînînd pitici. La copil ţesuturile sînt relativ plastice şi permit o distensie şi acumulare de lichid, ceea ce face ca edemul iniţial şi exsudatele articulare să fie mai pronunţate. Debutul monoarticular apare în 25% din cazuri. Sînt afectate cu predilecţie articulaţiile umerilor, genunchilor, pumnilor şi mai rar articulaţiile mici. Coxita este mai frecventă la copii (34% faţă de 16% la adulţi), mai ales sub forma densificantă şi cu evoluţie benignă. Poliartrita reumatoidă la copil poate îmbrăca : 1) forma acută la copii mici — sindromul Still ; 2) forma subacută — poliartrita juvenilă ; 3) forma mixtă. Forma Still este însoţită de febră, poliadenopatie, splenomegalie, eritem. În 10% din cazuri se întîlnesc manifestări cardiace (pericardită) şi pulmonare. În general, semnele radiologice apar mai tîrziu la copii decît la adulţi şi nu sînt specifice. În multe cazuri osteoporoza este singura manifestare radiologică. Un semn tipic radiografic în poliartrita juvenilă îl constituie îngroşarea periostului juxtaarticular, mai ales la metacarp şi metatars. Cartilajul se subţiază mai ales la pumn şi degete. La şold găsim, frecvent, subluxaţia capului femural. Reţinem deci ca semne caracteristice de poliartrită juvenilă anchiloza coloanei cervicale, brahignaţia, tulburările de creştere,

Scanned with OKEN Scanner

luxaţiile în articulaţiile coxo-femurale, apariţia tardivă a semnelor radiologice.

Problema diferenţierii de un reumatism acut Bouillaud-Sokolski se impune, pentru că atitudinea terapeutică este diferită şi o indicaţie greşită poate avea urmări nefaste.

Apariţia cu predominanţă la copii sub 15 ani în 90% din cazuri, angina premonitorie, manifestările articulare migratorii şi dispariţia lor fără sechele, afectarea inimii, răspunsul la terapia cu salicilat şi A.S.L.O. crescut (800—1 000 u.), sînt caracteristicile reumatismului acut care-l deosebesc de poliartrita juvenilă.

Problema spinoasă o constituie indicaţia terapeutică, fiindcă în timp ce în reumatismul acut corticoterapia în doze mari este absolut necesară pentru a evita leziunile cardiace, în poliartrita reumatoidă corticoterapia nu are decît o indicaţie relativă şi de multe ori poate duce la agravarea ulterioară.

La bărbaţi, poliartrita reumatoidă este relativ mai benignă. Începe de obicei atipic în articulaţiile mari, cu hidartroză sau polihidartroză, sau la călcîi, sub forma unei bursite retrocalcaneene. Durerile la nivelul călcîiului la mers sau la atingere, uneori tumefierea acestuia, apar ca simptom incipient în 78% din cazuri. Radiologic, găsim osteoporoză, geode, uneori eroziuni în partea posterioară a calcaneului. În poliartrita de debut la bărbaţii tineri întîlnim o cervicalgie mai accentuată nocturn, fără modificări radiografice. La bărbaţi, coxitele apar tardiv, fiind mai rare în stadiul de debut ; mai frecventă este afectarea genunchilor şi a gleznelor. Radiologic, se constată osteoporoză, condensări subcondrale, geode, uneori periostite. Ca manifestare de debut al poliartritei masculine menţionăm artrita celei de-a cincea articulaţii metatarso-falangiene, cu semnul tarso-metatarsian (Stoia) pozitiv în 90% din cazuri, ilustrată de următoarea observaţie :

Bolnavul C. U., de 63 de ani, pensionar, consultă pentru dureri la nivelul pumnului stîng, articulaţiilor temporo-mandibulare bilateral şi metatarsului drept. Boala a debutat cu aproximativ 4—5 ani în urmă, cu dureri la nivelul articulaţiilor mici de la mîini şi picioare pe un teren alergic. Boala a evoluat cronic, cu exacerbări temporare ; din 1964 acestea s-au accentuat : V.S.H. 17/30 ; fibrinogen 459 mg% ; acid uric 0,045 g‰ ; latex 1/640 ; Waaler-Rose 1/512. Pe radiografia piciorului drept se constată pensarea spaţiului articular metatarso-falangian V, geode şi eroziuni marginale în epifiza distală a metatarsianului V. I se precizează diagnosticul de poliartrită reumatoidă (fig. 5).

Poliartrita reumatoidă la bărbaţi evoluează mai frecvent acut sau subacut decît cronic, este asimetrică şi afectează des ţesutul periarticular sub forma de bursite

Diagnosticul diferenţial al acestor forme masculine se face cu :

— Spondilita anchilozantă în forma ei periferică, în care sînt prinse şi articulaţiile pumnilor, metacarpo-falangiene şi interfalangiene,

Scanned with OKEN Scanner

ajungînd cu timpul la deformaţii similare cu cele din poliartrita reumatoidă. Găsim în schimb sacroileită bilaterală, prinderea coloanei vertebrale, sindesmofitoză toracală (Ventz), absenţa factorului reumatoid.

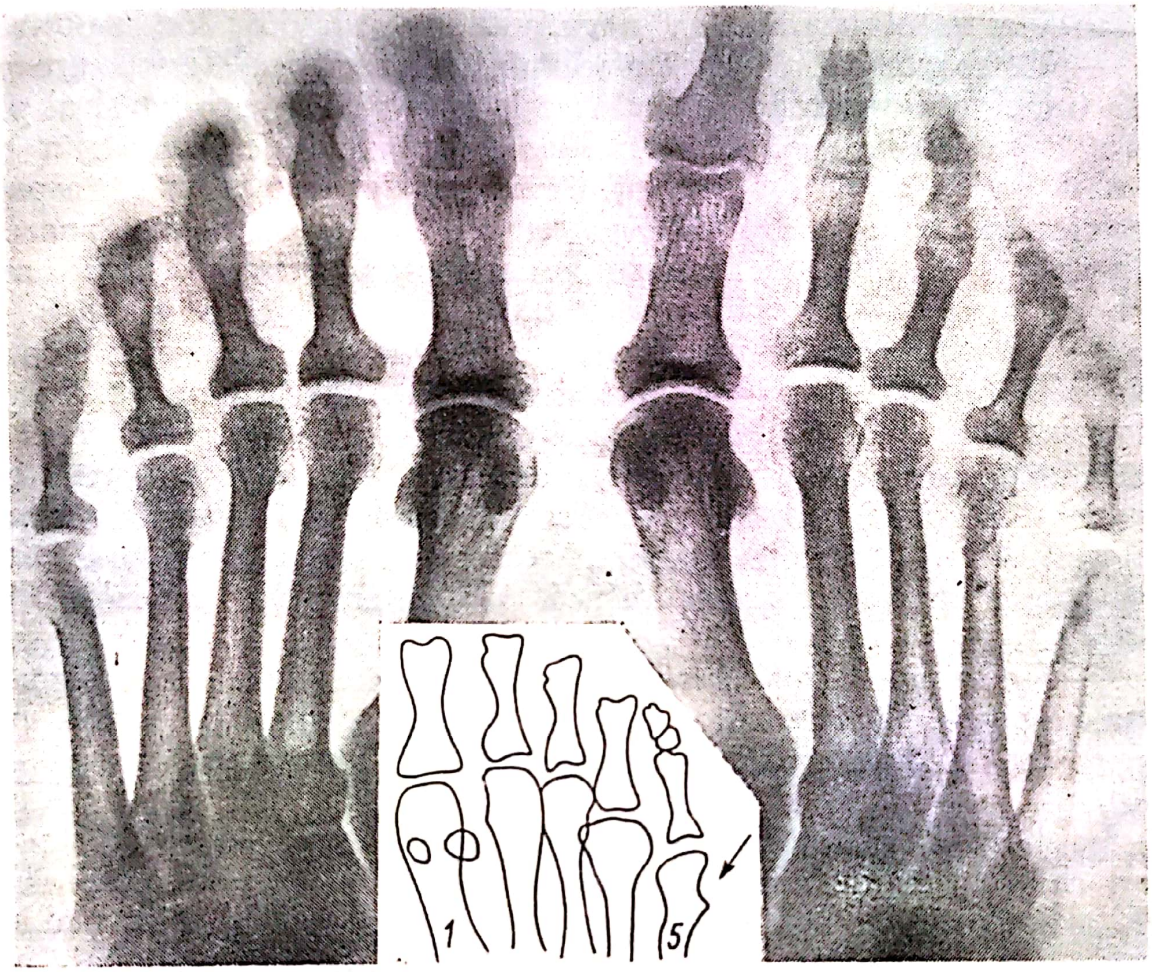

Fig. 5.

— Artropatia psoriazică, la care însă sînt prinse articulaţiile interfalangiene distale, dînd degetului aspectul de „cîrnăcior", şi nu de „fus" ; frecvent găsim sacroileită, iar probele pentru factorul reumatoid sînt negative ; erupţia cutanată la coate, genunchi uşurează diagnosticul.

— Reumatismul dislocant, care este relativ rar, apărînd la bolnavi care au avut puseuri de reumatism acut Bouillaud repetate, şi se însoţeşte de cardiopatii valvulare. Nu este dureros, nici achilozant, deoarece este vorba numai de o hiperlaxitate articulară, cu dezaxare cubitală a metacarpo- şi metatarso-falangienelor. Absenţa leziunilor radiologice, contrastînd cu luxaţiile, uşurează diagnosticul.

Scanned with OKEN Scanner

— Reumatismul subacut al adultului ale cărui manifestări articulare la membrele inferioare (la nivelul gleznelor şi al genunchilor) sînt relativ fixe şi cu evoluţie torpidă, durînd luni de zile. Diagnosticul se va preciza pe cîteva nuanţe clinice, de exemplu : retrocedarea completă a unor atingeri articulare, pozitivitatea inconstantă şi discordantă a testului A.S.L.O., negativitatea reacţiilor de aglutinare.

— Osteoartropatia hipertrofică pneumică Pierre-Marie, care prezintă tumefacţii articulare globuloase la nivelul genunchilor şi al gleznelor, deformaţii ale degetelor. Deosebirea faţă de poliartrita reumatoidă rezidă în prezenţa unghiilor în „sticle de ceasornic", aspectul degetelor în „beţe de tambur", periostoza oaselor lungi care apare pe radiografii. Neoplazia bronhopulmonară este, frecvent, cauza acestei boli.

— Sindromul umăr-mînă care poate, uneori, să fie confundat cu poliartrita reumatoidă, forma ectosimpatozică. Acest sindrom duce la redoarea umărului, pumnului, micilor articulaţii de la degete, are aspect inflamator, este dureros, dar de obicei este unilateral, afectează uniform toate articulaţiile mici şi se însoţeşte de tulburări vasomotorii şi trofice — atrofie cutanată, retracţie fibroaponevrotică. Osteoporoza este însă accentuată, difuză, iar interliniile articulare sînt indemne.

— Sindromul Fiessinger-Leroy-Reiter, care debutează oligoarticular la nivelul articulaţiilor mari, în special genunchi, glezne. Asocierea însă a unui sindrom conjunctival şi uretral precizează diagnosticul.

La bătrîni, poliartrita reumatoidă apare între 50 şi 60 de ani, uneri chiar la 90 de ani. Diagnosticul este totuşi mai favorabil. Edemele articulare sînt mai puţin frecvente decît la adulţi. Sînt mai rare contracturile musculare şi deviaţiile cubitale ; atrofiile musculare apar însă timpuriu, mai ales la muşchii interosoşi dorsali. Vitalitatea ţesuturilor fiind scăzută, se formează mai mult anchiloze fibroase decît osoase. Radiologic, se asociază leziuni artrozice frecvente, iar coloana cervicală este destul de des afectată. Radiologic, se constată leziuni ale discurilor, care sînt mai subţiri ; uneori apar subluxaţii ale corpurilor inferioare ale coloanei cervicale, spre deosebire de poliartrita juvenilă, unde subluxaţiile sînt frecvente la nivelul atlasului şi axisului.

Observaţiile din ultimii ani au arătat că, la o proporţie de 19—21% dintre bolnavii diagnosticaţi ca poliartrozici şi trataţi ca atare ani de zile, simptomele se modifică şi iau un caracter de tip inflamator ; durerile devin continue, nu mai sînt amendate de repaus, au un caracter predominant nocturn, uneori se însoţesc de discrete tumefacţii. V.S.H. este constant crescută, în absenţa oricărui focar de infecţie. Reacţiile latex şi Waaler-Rose sînt pozitive în titruri mici (Stoia, Rîmneanţu, Civică, Stoicescu). După un anumit timp, boala ia

Scanned with OKEN Scanner

alura netă a unei poliartrite reumatoide. Considerăm aceste forme ca forme de debut al poliartritei reumatoide, prin transformarea din poliartroze. Pe lîngă argumentele clinice, ne bazăm şi pe teste de laborator care confirmă că aceşti bolnavi prezintă o γ-globulină care se comportă ca şi factorul reumatoid la testul de fixare a latexului, la proba de hemaglutinare, la determinarea azotului din precipitatul produs între antigen şi anticorp şi la imunoelectroforeză (Ştoia, Rîmneanţu, Rădulescu, Civică).

Diagnosticul diferenţial al poliartritei reumatoide la bătrîni se face cu :

— Artrozele activate care pot lua o alură hiperalgică, însoţindu-se de fenomene congestive — hidartroze ale genunchilor. Examenul radiologic care ne arată modificări degenerative, de uzură, ca şi tulburările metabolice, încărcarea ponderală şi procesele infecţioase din antecedentele recente ale bolnavilor desluşesc diagnosticul. Reumatismul degenerativ al articulaţiilor interfalangiene (proximale — noduli Bouchard ; distale — noduli Heberden) este diferenţiat prin examenul radiografic, care arată osteofitoză marginală.

— Pseudopoliartrita rizomelică, care se însoţeşte de alterarea stării generale, febră, creşterea V.S.H., prinde centurile pelviană şi scapulară, respectînd mîinile şi picioarele. Testele de aglutinare rămîn negative.

— Guta, în formele cronice deformante, care se pretează la discuţii. În favoarea gutei pledează crizele monoarticulare acute, terenul pletoric, aspectul gălbui al tofilor, geodele şi ancoşele „în halebardă" vizibile pe radiografii, hiperuricemia. Reacţiile de aglutinare sînt negative.

Monoartrita, ca manifestare de debut a poliartritei reumatoide, este puţin evocatoare şi se pretează la erori de diagnostic. După unele statistici (Stoia) ea apare în 9% din cazuri. Ceea ce ne poate sugera o poliartrită reumatoidă este revenirea fenomenelor inflamatoare la aceeaşi articulaţie, după remisiuni spontane sau terapeutice, tendinţe la fixitate şi cronicizare a artritei, hidartroză repetată, menţinerea unei viteze de sedimentare crescute. De obicei, însă sîntem tentaţi să ne gîndim la o artrită infecţioasă şi în special la tuberculoză, mai ales cînd este localizată la genunchi. Aceasta, deoarece artrita tuberculoasă, mai ales în forma sinovială, seamănă foarte mult cu poliartrita reumatoidă, are acelaşi aspect clinic, cu adenopatie regională însă, acelaşi lichid serocitrin puţin tulbure, cu limfocitoză, spre deosebire de poliartrita reumatoidă, unde găsim granulocitoză. Radiologic, se constată osteoporoză în amîndouă, cu pensare sau chiar eroziune în artrita bacilară. Diagnosticul de certitudine îl dau biopsia sinovială şi inocularea la cobai a lichidului articular.

Scanned with OKEN Scanner

Această formă atipică de debut trebuie reţinută în mod deosebit spre a evita anchiloza chirurgicală pentru tuberculoză, la care sînt supuşi atîţia bolnavi de poliartrită reumatoidă printr-o eroare de diagnostic.

În faţa unei tumefacţii articulare a genunchiului trebuie să eliminăm şi posibilitatea unei hidartroze posttraumatice ; aceasta de obicei apare la cîteva zile după un traumatism, nu se însoţeşte de alterarea stării generale, iar examenul radiologic este normal.

În diagnosticul diferenţial trebuie luată în discuţie şi artrita gonococică, elucidarea diagnosticului făcîndu-se prin antecedentele infecţioase gonococice.

Să nu uităm, de asemenea, că şi spondilita anchilozantă, forma periferică, poate debuta printr-o monoartrită.

Localizarea monoartritei la umăr, mult mai rară, este deseori confundată cu periartrita scapulo-humerală.

Iată un exemplu : la bolnava C. L., de 40 de ani, farmacistă, boala a debutat în 1959 cu dureri şi limitarea mişcărilor la umărul drept. A fost interpretată ca P.S.H. şi tratată ca atare timp de 1 an de zile, după care durerile au dispărut, dar bolnava a rămas cu redoarea accentuată a acestei articulaţii. A urmat o perioadă de 2 ani fără acuze, iar în 1962 au apărut dureri şi tumefacţia genunchiului sting, cu hidartroză, dureri şi tumefacţia articulaţiilor interfalangiene proximale II, III şi IV la mîna dreaptă, dureri la nivelul pumnilor. Abia acum s-a precizat diagnosticul de poliartrită reumatoidă.

Multitudinea diagnosticelor luate în discuţie pînă acum în legătură cu diversele forme atipice ale poliartritei reumatoide ne arată dificultatea în care se află medicul practician. Această discuţie, adesea foarte delicată, trebuie să aibă în vedere şi următoarele boli, mai ales cînd este vorba de un tablou fie numai polialgic, fie polialgic însoţit de manifestări poliarticulare.

Astfel trebuie să eliminăm osteoporoza, care se însoţeşte de rahialgii în special, iar la examenul radiologic găsim osteoporoză pelvivertebrală.

Acroparesteziile bilaterale, survenind la femei în jurul menopauzei, sînt recunoscute prin aspectul lor de tulburări circulatoare.

Alteori persoane cu un teren nevropat, mai ales femei, se plîng de artralgii difuze, fără nici o modificare articulară obiectivă. În aceste cazuri diagnosticul de psihalgie poate fi pus, însă numai după examene repetate şi după ce ne-am asigurat că nu există nici o modificare biologică.

Condrocalcinoza articulară difuză, destul de rar întîlnită, se manifestă prin puseuri poliarticulare foarte asemănătoare poliartritei reumatoide. Ea va fi recunoscută prin examen radiologic, care arată calcifieri liniare ale cartilajului, mai ales la umeri şi genunchi.

Scanned with OKEN Scanner

Totdeauna trebuie să ne gîndim însă şi la lupusul eritematos diseminat care poate debuta ca o poliartrită reumatoidă şi să dureze astfel mult timp. Apariţia manifestărilor viscerale — o nefrită, o cardiopatie, o pleurezie — poate să ne trezească atenţia, iar o erupţie cutanată facială poate fi simptomul revelator. Trebuie să căutăm însă celulele lupice, pe lîngă celelalte probe de laborator — V.S.H., reacţiile latex şi Waaler-Rose ; celulele lupice „pot fi însă pozitive şi în poliartrita reumatoidă autentică şi pun delicata problemă, încă nerezolvată, a graniţelor nosologice a celor două afecţiuni : este vorba de false reacţii lupice sau de forme pure articulare ale L.E.D. ? Chestiunea rămîne pusă" (Ravault).

În cadrul debutului extrem de polimorf al periarteritei nodoase, debutul poliartralgic este frecvent, dar numai urmărind evoluţia ulterioară, cînd apar polinevrite, gangrene ischemice „în placarde" la degete sau pe membre, diagnosticul nostru se îndreaptă spre periarterita nodoasă. Iată o observaţie concludentă :

D. R., 39 de ani, soră medicală. Boala a debutat insidios cu dureri poliarticulare, cu predominanţă la genunchi. I se instituie tratament cu cortizon, iar la terminarea lui durerile se exacerbează şi apar tumefacţii ale pumnilor şi articulaţiilor interfalangiene proximale. Se precizează diagnosticul de poliartrită reumatoidă şi este tratată, în continuare, cu cortizon. În 1965 apar dureri musculare la membre, furnicături, scăderea forţei musculare. Se internează la Centrul de reumatologie şi în timpul internării face polinevrită a extremităţilor, iar la degete şi gambe apar ulceraţii. Fenomenele articulare diminuă şi pe primul plan rămîn aceste nevrite şi ulceraţii. Se pune diagnosticul de periarterită nodoasă.

O dificultate atît în diagnosticul, cît şi în evoluţia poliartritei reumatoide o constituie asocierea acesteia cu alte boli. Boala asociată este independentă, evoluează paralel, uneori o poate preceda, alteori o succedă ; oricum, ea reprezintă un factor de exacerbare şi de severitate a prognosticului bolnavului de poliartrită reumatoidă.

Vom trece sumar în revistă asocierile cele mai frecvente ale poliartritei reumatoide.

Astfel, în ceea ce priveşte asocierea poliartritei reumatoide cu psoriazisul trebuie precizat că această afecţiune cutanată este de 5 ori mai frecventă la persoanele cu poliartrită reumatoidă, decît la nereumatici, iar incidenţa poliartritei reumatoide este mai mare la psoriazici, decît la restul populaţiei. Asocierea celor 2 afecţiuni îmbracă un prognostic mai sumbru şi dă o rezistenţă apreciabilă la tratament.

I. Stoia s-a ocupat, în mod deosebit, de asocierea poliartritei reumatoide cu afecţiunile digestive. Ciroza hepatică, colita ulcerohemoragică, boala Whipple sînt afecţiuni care se însoţesc frecvent cu poliartrita reumatoidă.

Scanned with OKEN Scanner

Printre afecţiunile pulmonare mai frecvent asociate poliartritei reumatoide citǎm : sindromul Caplan-Colinet, care pare să fie o boală de autoagresiune, cu hiperreactivitate imunologică ; sarcoidoza pulmonară Besnier-Boeck-Shaumann ; osteoartropatia hipertrofică pneumică Pierre-Marie.

Asocierea gutei cu poliartrita reumatoidă îmbracă o formă cronică, tenace şi rebelă la tratament, spre deosebire de asocierea cu artrozele, al cărei prognostic şi evoluţie sînt mai benigne.

Necunoscîndu-se încă natura exactă a poliartritei reumatoide şi neavînd argumente etiologice, anatomopatologice şi biologice patognomonice, diagnosticul se va baza pe asocierea criteriilor clinice, radiologice şi umorale nespecifice.

Să reţinem de asemenea că pe cît de uşor este diagnosticul poliartritei reumatoide în faza anchilozantă şi deformantă, pe atît este de greu în stadiile incipiente.

C. SPONDILITA ANCHILOZANTĂ

Spondilita anchilozantă (Sp. A.) este o afecţiune reumatismală cronică inflamatoare, cu tendinţă spre anchiloză, avînd ca punct de plecare articulaţiile sacro-iliace şi predominînd la sexul masculin.

Ca factori etiologici menţionăm : constituţia ereditară, predispoziţia familială, traumatismele, frigul, umiditatea, infecţiile urogenitale, tuberculoza şi infecţiile intestinale.

Reiter consideră că, într-un anumit număr de cazuri, boala care-i poartă numele se transformă în spondilită anchilozantă ; Romanus incriminează prostatoveziculita drept cauză a spondilitei anchilozante în 95% din cazuri, motiv pentru care de Sèze o şi numeşte pelvispondilită reumatismală. După unii autori, Sp.A. s-ar asocia, într-o proporţie de 9—35%, cu P.R. ; de asemenea, unii cred că 5—15% din spondilitici au în antecedente boala B.-S. (în atare circumstanţe găsim la bolnavi prezenţa de leziuni valvulare). În literatura de specialitate s-au semnalat artropatii psoriazice asociate cu Sp.A. şi faptul că spondilita se poate grefa pe boala Scheuermann.

Predispoziţia constituţională pentru Sp.A. se observă, de obicei, la persoanele leptosome.

Boala se moşteneşte de la tată la fiu, şi mai rar, de la mamă la fiică. Proporţia între bărbaţi şi femei este de 7:1.

Sp.A. prezintă, din punctul de vedere al evoluţiei, 4 stadii : 1) stadiul prodromal sau prespondilitic ; 2) stadiul de debut sau precoce ; 3) stadiul spondilitic propriu-zis sau florid ; 4) stadiul tardiv sau terminal.

Scanned with OKEN Scanner

Printre afecţiunile pulmonare mai frecvent asociate poliartritei reumatoide citǎm : sindromul Caplan-Colinet, care pare să fie o boală de autoagresiune, cu hiperreactivitate imunologică ; sarcoidoza pulmonară Besnier-Boeck-Shaumann ; osteoartropatia hipertrofică pneumică Pierre-Marie.

Asocierea gutei cu poliartrita reumatoidă îmbracă o formă cronică, tenace şi rebelă la tratament, spre deosebire de asocierea cu artrozele, al cărei prognostic şi evoluţie sînt mai benigne.

Necunoscîndu-se încă natura exactă a poliartritei reumatoide şi neavînd argumente etiologice, anatomopatologice şi biologice patognomonice, diagnosticul se va baza pe asocierea criteriilor clinice, radiologice şi umorale nespecifice.

Să reţinem de asemenea că pe cît de uşor este diagnosticul poliartritei reumatoide în faza anchilozantă şi deformantă, pe atît este de greu în stadiile incipiente.

C. SPONDILITA ANCHILOZANTĂ

Spondilita anchilozantă (Sp. A.) este o afecţiune reumatismală cronică inflamatoare, cu tendinţă spre anchiloză, avînd ca punct de plecare articulaţiile sacro-iliace şi predominînd la sexul masculin.

Ca factori etiologici menţionăm : constituţia ereditară, predispoziţia familială, traumatismele, frigul, umiditatea, infecţiile urogenitale, tuberculoza şi infecţiile intestinale.

Reiter consideră că, într-un anumit număr de cazuri, boala care-i poartă numele se transformă în spondilită anchilozantă ; Romanus incriminează prostatoveziculita drept cauză a spondilitei anchilozante în 95% din cazuri, motiv pentru care de Sèze o şi numeşte pelvispondilită reumatismală. După unii autori, Sp.A. s-ar asocia, într-o proporţie de 9—35%, cu P.R. ; de asemenea, unii cred că 5—15% din spondilitici au în antecedente boala B.-S. (în atare circumstanţe găsim la bolnavi prezenţa de leziuni valvulare). În literatura de specialitate s-au semnalat artropatii psoriazice asociate cu Sp.A. şi faptul că spondilita se poate grefa pe boala Scheuermann.

Predispoziţia constituţională pentru Sp.A. se observă, de obicei, la persoanele leptosome.

Boala se moşteneşte de la tată la fiu, şi mai rar, de la mamă la fiică. Proporţia între bărbaţi şi femei este de 7:1.

Sp.A. prezintă, din punctul de vedere al evoluţiei, 4 stadii : 1) stadiul prodromal sau prespondilitic ; 2) stadiul de debut sau precoce ; 3) stadiul spondilitic propriu-zis sau florid ; 4) stadiul tardiv sau terminal.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul precoce al Sp.A. este foarte important, deoarece aplicarea tratamentului în această fază poate opri evoluția afecțiunii.

Pe cît de ușor este diagnosticul în stadiile avansate, cînd a apărut anchiloza coloanei vertebrale, pe atît este de greu în faza de debut al bolii : uneori, este aproape imposibil de determinat începutul bolii. Deseori, în această fază, bolnavii trec din spital în spital, cu diagnostice eronate și li se aplică diferite tratamente, iar cînd sînt diagnosticați ca spondilitici a trecut perioada terapeutică eficace, iar recuperarea devine mult mai dificilă.

Spondilita anchilozantă începe, în majoritatea cazurilor, între 17 și 30 de ani ; într-o proporție de 25% apare în jurul vîrstei de 25 de ani ; în 70% între 20 și 40 de ani ; după 40 de ani Sp.A. apare mult mai rar.

În stadiile precoce domină simptomele generale necaracteristice, semnele locale fiind pe planul al doilea, ceea ce face ca diagnosticul să fie deosebit de dificil. În această fază, bolnavii se plîng de o senzație de rău general, nervozitate, oboseală și prezintă paloare, scădere ponderală, diminuarea capacității de lucru, extremități reci și umede, furnicături etc. În acest stadiu prodromal bolnavii se plîng de dureri vagi în spate, de-a lungul mușchilor fesieri și gambieri, îmbrăcînd forma de mialgii. Cîteodată, acest stadiu îmbracă forma de artrită migratoare și recidivantă, cu edem și hidartroză, localizată mai frecvent la nivelul genunchiului. Coloana vertebrală în acest stadiu nu prezintă nimic deosebit ; în schimb se pot întîlni tendinite, achilodinii în 20% din cazuri, o uveită sau o irită în 8% din cazuri ; toate aceste manifestări trebuie să trezească în noi suspiciunea de Sp.A., mai ales dacă este vorba de un bărbat tînăr, și să ne facă să controlăm articulațiile sacro-iliace prin radiografii. Dacă articulațiile sacro-iliace sînt normale, trebuie repetate radiografiile la 4—6 luni, bolnavii rămînînd continuu sub observație.

Stadiul prodromal poate dura luni, chiar și ani, după care se ajunge în stadiul de debut, care poate să dureze pînă la 15 ani. Uneori, bolnavii cu Sp.A. vin la medic plîngîndu-se de lombalgii sau de dureri intercostale, iar alții prezintă artrite periferice.

Stadiul de debut poate începe într-un număr de cazuri atipic, cu un sindrom sciatic (sciatica este dublă, basculantă, cu iradiații în regiunea gambelor). În 20% din cazuri Sp.A. îmbracă forma periferică, prinzînd șoldul, umerii, genunchii și regiunea calcaneană. Forma periferică a Sp.A. apare cu o frecvență sporită la tineri, sub 20 de ani. Cazul pe care-l prezentăm este ilustrativ.

Bolnavul C. V., în vîrstă de 19 ani, vine la consultații pentru tumefacția genunchiului stîng. Debutul afecțiunii s-a produs la vîrsta de 15 ani prin artrite tibio-tarsiene și febră ; mai tîrziu a fost prins genunchiul stîng. V.S.H. 30/48 mm; examenul inimii (clinic și electrocardiografic), normal; A.S.L.O.

Scanned with OKEN Scanner

50 u.; reacţiile Waaler-Rose şi latex, normale. Durerile au dispărut după un tratatment cu fenilbutazonă.

S-a fixat diagnosticul de *Spondilită anchilozantă,* forma periferică, pe următoarele considerente : A.S.L.O. negativ ; sexul masculin, vîrsta tînără, inima indemnă ; de asemenea, lipsa infecţiilor de focar şi reacţia promptă la fenilbutazonă.

Sciatica în Sp.A. de debut este bilaterală, recidivantă şi nu se întinde decît pînă la spaţiul popliteu, după cum rezultă din cazul de mai jos :

Bolnavul B. S., în vîrstă de 29 de ani, acuză dureri pe traiectul sciaticului stîng. Din antecedentele personale, aflăm că a mai avut dureri în această regiune, în urmă cu cîteva luni, dureri care au dispărut, trecînd pe traiectul sciaticului drept. La oboseală, bolnavul acuză dureri lombare intermitente şi nu a prezentat niciodată scolioză antalgică. Examenul obiectiv constată că durerile pe traiectul sciaticului nu depăşesc spaţiul popliteu. Radiografia articulaţiilor sacro-iliace evidenţiază o sacroileită dublă, ceea ce confirmă diagnosticul de Sp.A. cu debut sciatic.

Din punct de vedere clinic remarcăm că, într-o proporţie de 3%, Sp.A. este indoloră, în 10% apar dureri dorsale şi lombare, în 9% sacroileita este urmată de o spondilită cervicală. Caracteristic pentru Sp.A. este accentuarea durerilor în poziţie culcată, ceea ce deşteaptă pe bolnav dimineaţa din somn. Reducerea expansiunii toracice se remarcă într-o proporţie de 55%, concomitent cu o reducere a capacităţii vitale şi cu mărirea volumului rezidual.

De obicei, la început, spondiliticii nu au dispnee, totuşi funcţia respiratorie este redusă, bolnavii avînd o respiraţie abdominală, cum ne-o demonstrează cazul care urmează :

Bolnavul A. N., în vîrstă de 34 de ani, consultă pentru dureri condrosternale, mai ales în inspiraţie profundă, uşoare dureri lombare şi talalgii. Încă cu 6 ani înainte, bolnavul acuza dureri sternale, mai ales la tuse sau în inspiraţie profundă.

Bolnavul are o viaţă normală. V.S.H. nu este mărită. Suspectîndu-se o Sp.A. se face radiografia articulaţiilor sacro-iliace, care arată o sacro-ileită dublă cronică.

Cazul este interesant şi prin faptul că simptomele clinice, foarte discrete, contrastează cu leziunile sacro-iliace vechi şi avansate.

Apariţia unei uveite plastice sau a unei irite la un bărbat tînăr trebuie să ne sugereze posibilitatea existenţei unei Sp.A., pe care o vom confirma printr-o radiografie a articulaţiilor sacro-iliace.

Bolnavul C. S., în vîrstă de 40 de ani, se prezintă la consultaţii pentru o irită stîngă şi discrete dureri lombare, care se accentuează la mişcări. Boala a debutat cu 3 ani înainte prin dureri vagi în spate la oboseală. Cu un an înainte bolnavul a suferit un accident de muncă (căderе de la înălţimea de 6 m). Suspectîndu-i-se o fisură osoasă cervicală, bolnavul a fost pus în gips, după care durerile s-au accentuat mai ales în regiunea lombară şi şolduri, apărînd şi o irită. V.S.H. 50/72 mm. Radiografia articulaţiilor sacro-

Scanned with OKEN Scanner

iliace arată un proces vechi de sacro-ileită, iar în regiunea dorso-lombară, un aspect de „bambus" al coloanei vertebrale.

Cazul de față demonstrează că debutul afecțiunii s-a produs cu cîțiva ani înaintea apariției semnelor clinice, care s-au evidențiat numai după accident, concomitent cu irita.

Uneori, în faza de debut al Sp.A., apar dureri la nivelul inserțiilor tendoanelor, pe tuberozitatea ischionului, și durerile se accentuează cînd bolnavul stă pe scaun. Debutul Sp.A. este insidios în 74% din cazuri și brusc în 20% din cazuri ; există și cazuri latente la început, indolore, în care leziunile sacro-iliace se întîlnesc ocazional. De Sèze și Lequesne au găsit absența sacro-ileitei într-o proporție de 2% ; este vorba în atare circumstanțe de o Sp.A. tardivă, mai ales la persoanele între 35 și 60 de ani. De altfel, leziunile articulațiilor sacro-iliace sub forma de sacro-ileite nu sînt specifice pentru Sp.A. Există și alte boli reumatismale, inflamatoare, în care sînt prinse articulațiile sacro-iliace ca de exemplu : P.C.E., mai ales la copii, artropatiile psoriazice, sindromul Reiter, colita ulceroasă. Periostita și periostoza sînt caracteristice pentru Sp.A. și apar mai frecvent la nivelul simfizei pubiene, crestelor iliace, ischionului și călcîielor.

Radiologic, în cazurile de debut, se observă osteoporoza articulațiilor intervertebrale și sacro-iliace, ca și a corpilor vertebrali ; mai puțin a arcurilor vertebrale. Osteoporoza se datorește imobilizării coloanei din cauza durerilor și este mai pronunțată la femei, mai ales la articulațiile inflamate.

În stadiul de debut se dezvoltă și miopatii cu contracturi și miogeloze ; mai tîrziu, mușchii paravertebrali pierd tonicitatea lor, contribuind și ei la formarea cifozei și scoliozei. După Romanus, se dezvoltă foarte precoce leziuni superficiale pe partea anterioară a corpilor vertebrali, mai ales în regiunile dorsală inferioară și lombară ; mai rar în cea cervicală ; ligamentul longitudinal anterior prezintă, la nivelul ultimelor vertebre dorsale, un aspect dințat datorit decalcifierii.

Sacro-ileita rămîne deci un semn caracteristic în Sp. A. ; apare la 5—6 luni — 1 an de la debut ; în formele periferice, poate apărea mult mai tîrziu.

Radiologic, leziunile sacro-iliace, de obicei bilaterale, se prezintă sub formă de pseudolărgire a liniei interarticulare (fig. 6), cu pseudochisturi (semnul mătăniilor), cu zone de decalcifiere, cu aspect tigrat și zone de condensare verticală în partea iliacă ; articulațiile sacro-iliace au margini neregulate, șterse. Cu timpul, interlinia articulară dispare complet, formînd o sinostoză condensantă. În stadiul florid, în anumite părți ale articulațiilor sacro-iliace apare o osteoliză, iar în partea iliacă o scleroză marginală ; mai tîrziu apar neoformații osoase, consecință a procesului osteolitic.

Scanned with OKEN Scanner

Prinderea articulaţiilor sacro-iliace se caracterizează prin următorul tablou clinic : dureri spontane în regiunea lombară, sau în partea supero-internă a fesei, sau pe faţa posterioară externă, sau în partea internă a coapsei. Durerea este de obicei bilaterală, surdă, mai accen-

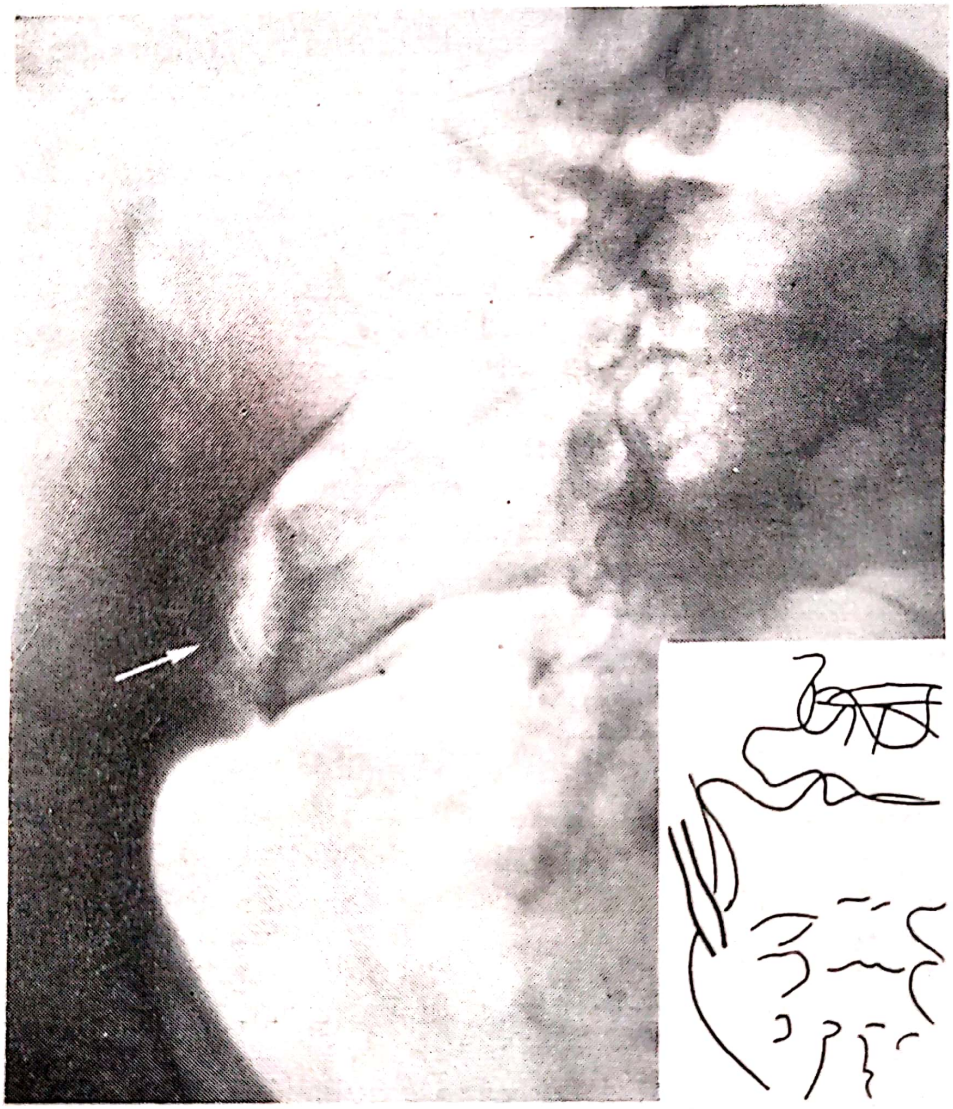

Fig. 6.

tuată noaptea spre dimineaţă sau cînd bolnavul stă pe scaun. În decubit dorsal durerea se menţine ; nu se ameliorează, cum se întîmplă în durerile produse prin tulburări statice. La examenul obiectiv, la percuţia sau la apăsarea articulaţiilor sacro-iliace, se produc dureri. Cînd se face o flexie forţată a membrului inferior pe bazin, care antrenează mobilizarea articulaţiilor sacro-iliace sau tracţiunea muşchilor ischio-gambieri, apar dureri în articulaţia sacro-iliacă şi în coapsă. Mai mult de 50% din cazurile de sacro-ileită rămîn însă latente

Scanned with OKEN Scanner

din punct de vedere clinic ; pentru acest motiv, prezența durerilor lombo-sacrale la indivizii tineri impune o radiografie a articulațiilor sacro-iliace. Sacro-ileita precedă uneori cu mulți ani leziunile vertebrale și acest fapt demonstrează importanța mare pe care o are examenul radiografic al articulațiilor sacro-iliace în punerea diagnosticului de Sp.A.

În studierea articulațiilor sacro-iliace, la Centrul de reumatologie executăm cîteva metode radiografice deosebit de utile, printre care metoda înclinată a lui Coriat și Collinez ne dă un ajutor prețios în precizarea unui diagnostic precoce de sacro-ileită, în cadrul diagnosticului precoce al Sp.A. De asemenea, efectuarea radiografiilor mărite și a tomografiilor ne-a permis să precizăm și mai mult leziunile incipiente de la nivelul articulațiilor sacro-iliace ; prin această metodă am putut să precizăm diagnosticul de Sp.A. la tineri sau la bătrîni, unde, atît spațiul articular, cît și fețele adiacente pot îmbrăca variate forme în limitele normalului.

Un semn radiologic precoce, descris de Ventz, este reprezentat de punțile osoase între D_{10} și D_{11}. Autorul susține că aceste modificări radiografice pot preceda cu 3 ani apariția primelor semne subiective de Sp.A. Alteori poate să apară o artrită apofizară cu aspect flu al regiunii dorsale inferioare. Deci, pentru a pune diagnosticul de Sp.A., nu este suficient să facem numai radiografiile sacro-iliacelor, ci și radiografiile coloanei dorso-lombare din față și profil.

Un ajutor în diagnosticul precoce ni-l dă si examenele de laborator. Böni a găsit în Sp.A. incipientă, în 20% din cazuri, o eozinofilie de 5—16%, o leucopenie cu mărirea numărului plasmocitelor în măduvă, V.S.H. este frecvent accelerată, albuminele serice sînt de obicei scăzute, iar globulinele mărite (mai ales α și γ) ; la fel proporția glucoproteinelor γ este mărită. Proteinele totale sînt crescute, ceea ce dă, probabil. spondiliticilor culoarea pămîntie. În ser. cuprul este scăzut (în P.C.E. este mărit); fierul este crescut (în P.C.E. scăzut) ; metabolismul glucidelor este accelerat. În lichidul cefalorahidian se constată o hiperalbuminorahie în 42% din cazuri. Titrul A.S.L.O. este mărit în 5%, testul latex pozitiv în 5%, reactia Waaler-Rose în 13% din cazuri ; în fazele avansate întîlnim amiloidoza într-o proporție de 6%. Uneori, găsim o anemie cu leucocitoză normală. Apariția eozinofilelor în formulă denotă un prognostic bun. Fosfatazele alcaline sînt crescute, iar cele acide normale.

În spondilita periferică găsim creșterea β-globulinelor, care nu se constată în forma Bechterew și Pierre-Marie.

Deci, stadiul de debut în Sp.A. se manifestă, clinic, prin : 1) rahialgii, lombalgii, dureri în articulațiile sacro-iliace, cu puseuri scurte și repetate ; 2) dureri în fese ; 3) artralgii sub formă de mono-, oligo-

Scanned with OKEN Scanner

sau poliartrită într-o proporţie de 20—40% ; 4) tendinită, radiculită şi dureri vagi difuze ; 5) irită şi uveită.

Durerile lombare persistente, cu iradieri în fese, durerile lombosacrale bilaterale la un bărbat tînăr trebuie să ne atragă atenţia asupra debutului unei Sp.A. Aceste dureri localizate în fese, apărînd mai ales în timpul nopţii, dau insomnii şi pot dura luni şi ani. Ceea ce ne atrage atenţia aici este tenacitatea acestor dureri joase, care se accentuează cu timpul.

O lombalgie joasă la un bărbat tînăr, fără un traumatism în antecedente şi scolioză antalgică, poate fi expresia fie a unei Sp.A., fie a unui morb Pott.

Alteori, bolnavii se plîng de oboseală, scăderea capacităţii de lucru şi dureri difuze uşoare lombare, mai ales noaptea, cînd bolnavii sînt obligaţi să se scoale, avînd arsuri şi furnicături de-a lungul coloanei vertebrale.

Examenul obiectiv ne pune în evidenţă limitarea mişcărilor coloanei vertebrale ; radiografia sacro-lombară confirmă diagnosticul de Sp.A.

Alteori, spondilita începe cu mono-, oligo- sau poliartrită acută sau subacută. De obicei începe cu o monoartrită, care durează luni sau ani de zile şi este interpretată ca o artrită tuberculoasă şi tratată ca atare prin imobilizarea în aparat gipsat, ceea ce constituie o gravă eroare, fiindcă duce la apariţia de anchiloză.

Cînd spondilita începe printr-o poliartrită acută sau subacută seamănă foarte mult cu reumatismul B.-S., de care se deosebeşte prin evoluţie şi titrul A.S.L.O. (în spondilita periferică scăzut, în reumatismul B.-S. foarte crescut). Salicilatul de sodiu nu are efecte favorabile asupra acestor puseuri ; uneori, găsim leziuni valvulare aortice sau mitrale în cazul Sp.A. Rareori spondilita periferică este simetrică, amintind tabloul P.R. În Sp.A., chiar în forma scandinavică, nu găsim osteoporoza subcondrală ; creatinemia şi creatinuria sînt normale, iar reacţia Waaler-Rose şi testul latex sînt negative.

Foarte rar Sp.A. poate începe cu o tendinită ahiliană. Bolnavul se plînge de dureri persistente în regiunea calcaneană, dureri care precedă cu mult timp atingerea articulaţiilor sacro-iliace.

Cînd bolnavul are o tendinită ahiliană trebuie să ne gîndim mai degrabă la P.C.E. decît la spondilită, chiar dacă este bărbat ; ne gîndim la Sp.A. numai dacă mai sînt şi alte semne care să încline spre acest diagnostic.

Există forme incipiente de Sp.A. fără redoare şi cu V.S.H. normală ; aceste forme sînt rare. La radiografia articulaţiilor sacro-iliace, făcută întîmplător, găsim o sacro-ileită dublă.

Scanned with OKEN Scanner

Trebuie să amintim că există forme de Sp.A. fără sindesmofite, radiografiile arătînd numai o ligamentită interapofizară. Aceste forme de Sp.A. posterioară se întîlnesc mai frecvent la femei.

Sp.A. este mult mai rară la femei, la care întîlnim frecvent o lordoză în regiunea lombară, tocmai din cauza prinderii articulațiilor interapofizare.

Diagnosticul Sp. A. este ușor cînd întîlnim o sacro-ileită bilaterală, însă artrita sacro-iliacă în spondilită la început nu este totdeauna bilaterală, ea putînd să rămînă ani de zile numai unilaterală. În acest caz, boala se poate confunda cu artrita sacro-iliacă tuberculoasă (sacrocoxalgia). În sacrocoxalgia subcondrală găsim o decalcifiere marcată, pe cînd la Sp.A. o condensare subcondrală.

Greutatea diagnosticului în Sp.A. incipientă apare și atunci cînd afecțiunea debutează cu o coxită unilaterală ; diagnosticul se face cu coxalgia. Coxita bilaterală (coxalgia) provoacă osteoporoză și ulcerații osoase, pe cînd coxita din Sp.A. conduce la fibroză și anchiloză, fără osteoporoză.

În cazul unui bărbat tînăr care se prezintă cu semne de coxită unilaterală, să nu ne grăbim cu stabilirea diagnosticului de coxalgie, punîndu-l imediat în gips. Este necesar în acest caz să investigăm și articulațiile sacro-iliace și să căutăm semnul Ventz.

Uneori, Sp.A. începe cu o coxită dublă. Această coxită dublă poate prezenta două forme : una care apare înainte de 40 de ani, aceasta îmbrăcînd forma progresivă, și alta care apare după 40 de ani ; aceasta din urmă seamănă, clinic și radiologic, cu o artroză coxo-femurală, rămînînd limitată la aceste articulații . Uneori, aceste forme se însoțesc și de prinderea articulațiilor sacro-iliace, diagnosticul fiind mai ușor de făcut în acest caz.

Diagnosticul diferențial al Sp.A. în faza incipientă se face, în caz de dureri lombare, cu : discopatia lombară, hernia de disc lombară, malformațiile congenitale (*spina bifida,* spondiloză, sacralizări, lombalizări). Examenul clinic, antecedentele bolnavului și radiologia ne clarifică diagnosticul.

În caz de dureri dorsale, diagnosticul se face cu spondiloza juvenilă Scheuermann și morbul Pott dorsal.

În caz de dureri cervicale, Sp.A. se poate confunda cu P.R. forma cervicală, care se întîlnește la bărbații tineri, la care prinde mai întîi coloana cervicală, apoi articulațiile mîinilor.

Spondilitele periferice se pot confunda cu : P.C.E., B.-S., reumatismul tip Poncet, poliartrita cronică neisseriană, artropatia postdizenterică, reumatismul subacut Ravault-Vignon, artropatia postanginoasă tip Chevalier-Coste și artropatiile psoriazice.

Scanned with OKEN Scanner

Debutul atipic în Sp.A. poate începe și prin dislocări și subluxații atlanto-axoidiene. Această localizare este mai rară în Sp.A. și mai frecventă în P.C.E. juvenilă, manifestîndu-se prin dureri în gît, care iradiază în regiunea occipitală, temporală și frontală, agravate prin mișcări bruște ale capului.

Formele atipice de Sp. A. sînt foarte numeroase ; este imposibil să putem să le enumerăm pe toate ; socotesc că este necesar să expunem foarte sumar cîteva foi de observație care ilustrează forme de debut întîlnite mai frecvent în practica de spital :

Obs. 1. — Bolnavul M. G., în vîrstă de 27 de ani, se plînge de dureri continue în regiunea dorso-lombară, cu limitarea parțială a mișcărilor ; debutul probabil, în 1958, cînd bolnavul a început să resimtă dureri discrete în regiunea lombară ; aceste dureri s-au accentuat progresiv pînă în 1961, cînd au devenit intense ; V.S.H. 78/109 mm. La examenul obiectiv remarcăm că bolnavul prezintă o respirație de tip abdominal. Radiografia articulațiilor sacro-iliace, executată prin înclinare, pune în evidență neregularități ale fețelor articulare, cu aspect de pseudolărgire a spațiului și cu mici zone de condensare în vecinătate. Cazul este interesant prin evoluția sa lentă, timp de mai mulți ani, care a făcut pe medic și pe bolnav să ignoreze acest diagnostic și să neglijeze tratamentul.

Obs. 2. — N. A., muncitoare, în vîrstă de 34 de ani, acuză dureri în regiunea lombară cu iradieri în fese și coccis, dureri la mobilizarea articulațiilor sacro-iliace, mai ales în dreapta.

Debutul afecțiunii cu 8 ani în urmă, prin dureri în regiunea lombară după o „răceală" ; după tratament, durerile s-au ameliorat mult, rămînînd însă o jenă la acel nivel.

Cu 8 luni în urmă, după o gripă, durerile lombare s-au accentuat, imobilizînd-o la pat. La internare, la presiune, bolnava se plînge de dureri lombare cu iradieri în fese și regiunea dorsală. Durerile sînt mai ales în articulațiile sacro-iliacă și coxo-femurală dreaptă ; V.S.H. 52/80 mm. Pe radiografia toraco-lombară de față, la nivelul discului T_{12}—L_1, se remarcă prezența unui sindesmofit (semnul Ventz) pe un segment de coloană al cărui corp vertebral nu prezintă osteoporoză, iar spațiile articulare sînt indemne. La nivelul articulației sacro-iliace drepte se remarcă cîteva neregularități ale fețelor, iar marginea iliacă, pusă în evidență pe radiografia cu înclinare, arată o hipercondensare subcondrală. Diagnosticul de Sp.A. se sprijină în acest caz pe prezența semnului Ventz între T_{12} și L_1, pe leziunile din articulația sacro-iliacă dreaptă, pe V.S.H. mărită, pe debutul fără traumatism și pe existența unei lombosciatice fără scolioză antalgică.

Cazul de față este interesant pentru că a survenit la o femeie, eventualitate mai rară, și a avut o evoluție lentă, torpidă, cu o acalmie de mai mulți ani.

Obs. 3. — Bolnavul M. D., în vîrstă de 39 de ani, se internează pentru dureri în regiunea lombară, cu iradieri în membrul inferior stîng, dureri în articulațiile umerilor, coatelor și articulațiile interfalangiene proximale.

Debutul a fost insidios, în urmă cu 5 ani, cu dureri în regiunea lombară, mai accentuate pe timp noros. În ultimul timp durerile s-au accentuat, mai ales în articulațiile coxo-femurale, umeri, coate, pumni și mîini.

Reacțiile Waaler-Rose, latex și A.S.L.O. — normale. Examenul radiologic nu decelează prezența sacro-ileitei. Bolnavul nu are nici un focar de infecție și reacționează bine la fenilbutazonă. Se suspectează o Sp.A., formă periferică,

pe baza existenței durerilor în regiunea lombară și a coapselor, pe negativitatea probelor de laborator (V.S.H. și A.S.L.O. normale) și răspunsul bun la fenilbutazonă.

Obs. 4. — M. A., o bolnavă în vîrstă de 36 de ani, se internează pentru : stare subfebrilă, dureri și limitarea mișcărilor de-a lungul coloanei cervicale, dureri și inflamația degetelor de la piciorul stîng.

Debutul cu ani de zile în urmă, după o expunere la frig, prin dureri în regiunea lombo-sacrată ; ulterior, a fost prins genunchiul stîng. Examenul obiectiv a evidențiat prezența unei uretrite banale. Amigdalectomia efectuată nu a dus la nici un rezultat, ba, mai mult, s-au prins și degetele de la piciorul stîng și s-au accentuat durerile în regiunea cervicală, iar starea subfebrilă s-a menținut.

Actualmente, examenul bolnavului arată prezența de lichid în articulația genunchiului stîng, tumefacția și limitarea mișcărilor la degetul 2 de la piciorul stîng. A.S.L.O. = 50 u. ; reacțiile Waaler-Rose și latex negative ; V.S.H. 18/26 mm. Radiografia articulațiilor sacro-iliace, normală ; semnul Ventz, absent. Reacția la tuberculină, normală. Existența artritelor și a uretritei fără antecedente și fără prezența gonococului a orientat diagnosticul spre un sindrom Reiter și spondilită periferică, cu localizare în regiunea lombo-sacrală și cervicală, cu extindere spre articulațiile periferice.

Obs. 5. — Bolnavul S. T., în vîrstă de 18 ani, consultă pentru dureri lombare, coxo-femurale și în genunchi, însoțite de limitarea mișcărilor și sternalgii persistente.

Boala a debutat în 1956, prin dureri în coapse și prin dureri și tumefacția articulațiilor tibio-tarsiene. I s-a fixat diagnosticul de tuberculoză tibio-tarsiană, a fost imobilizat în aparat gipsat, dar ulterior a rămas cu dureri în șoldul drept. În anul 1962 se tumefiază genunchiul stîng ; se suspectează o tumoare albă a genunchiului și i se face sinoviectomie care infirmă această supoziție. La scurt timp apar dureri lombare, cu limitarea mișcărilor. Radiografia articulațiilor sacro-iliace arată o sacro-ileită dublă care confirmă diagnosticul de Sp.A.

Examenul clinic evidențiază : capul ușor proiectat înainte cu mișcări limitate, coloana lombară dureroasă cu mușchii contractați și uneori dureroși la mișcare. Semnul corzii și Schoeber — pozitive ; coxo-femuralele, dureroase și limitate. Toracele aplatizat antero-posterior. Plămînii și inima, indemne. Probe de laborator : A.S.L.O. — 50 u. ; V.S.H. = 47/72 mm ; reacțiile Waaler-Rose și latex — negative ; fibrinemia 622 mg%.

Este vorba deci de o spondilită periferică care mult timp a fost suspectată de tuberculoză articulară. Nu a fost vorba în acest caz de un reumatism B.-S., pe care trebuie să ni-l evoce în 90% din cazuri orice manifestare reumatică la bolnavi sub 15 ani, nici de o tuberculoză articulară, ci de o spondilită periferică, care a debutat în copilărie (eventualitate mult mai rară), care nu a prins mult timp articulațiile sacro-iliace și care a reacționat foarte bine la fenilbutazonă.

Obs. 6. — Bolnavul T. I., în vîrstă de 37 de ani, se prezintă la consultațiile noastre pentru dureri lombare, dureri paravertebrale toracice și interscapulo-vertebrale.

Debutul bolii datează din 1947, la vîrsta de 19 ani, și s-a manifestat prin lombalgii discrete, care s-au diagnosticat drept o discopatie ; abia după 6 ani i s-a făcut radiografia articulațiilor sacro-iliace și i s-a confirmat diagnosticul de Sp.A. A fost vorba deci de Sp.A., forma sacro-iliacă stabilizată.

Scanned with OKEN Scanner

Noţiunile relatate, ilustrate în parte de cazuri clinice, ne demonstrează varietatea formelor atipice de debut. Cunoaşterea debutului atipic al Sp.A. ne facilitează instituirea precoce a unei terapii adecvate şi ne scuteşte de frecventa eroare a imobilizării bolnavilor în aparate gipsate, imobilizare care lasă după sine anchiloze ireversibile.

D. REUMATISMELE DEGENERATIVE

Artroza formează un capitol vast, cuprinzînd, statistic, cam 50% din reumatismele cronice care se manifestă clinic mai frecvent după 40 de ani, lezează primitiv cartilajul sau discul intervertebral şi apoi întreg aparatul musculoligamentar corespunzător. Ea poate fi provocată de cauze multiple : externe şi interne ; statice, traumatice, endocrine, metabolice, vasculare, carenţiale şi distrofice ; după *cercetările noastre, stările infecţioase şi psihice pot contribui, de asemenea, la activarea sau determinarea artrozelor.* Variaţiile meteorologice şi infecţiile contribuie, sigur, la declanşarea puseurilor dureroase.

Leziunea în artroză are ca punct de plecare cartilajul sau discul intervertebral, apoi prinde osul şi mai tîrziu părţile moi. În artroze găsim o manifestare articulară şi în acelaşi timp şi o distrofie generală. Starea distrofică poate începe din adolescenţă şi evoluează insidios, progresiv, devenind cu timpul o adevărată boală artrozică.

În artroză primul semn este deteriorarea fibrilară a cartilajului, care devine moale, pierde mucopolizaharizii sulfataţi (acidul condroitinsulfuric) şi elasticitatea. Deteriorarea fibrilară cartilaginoasă la început este limitată la stratul superficial, însă mai tîrziu se întinde mai profund pînă la osul subcondral, care se denudează ; în regiunea fibrilară găsim condrocite cu degenerescenţa nucleilor, iar în matrice constatăm lacune ; aceste alteraţii regresive pot fi întîlnite şi în regiunea cartilaginoasă nefibrilară.

Condrocitele la adult erau considerate ca elemente inerte şi incapabile de a repara o deteriorare cartilaginoasă ; cartilajul, potrivit ultimelor cercetări, se consideră a fi un element anatomic foarte dinamic ; de asemenea, s-a dovedit că în cartilaj, alături de regiunile lezate, există o activitate mitotică, iar cartilajul artrozic este capabil să încorporeze în substanţa bazală o cantitate mărită de S^{35}. Astăzi este dovedit că, în afara factorului mecanic, alterarea cartilajului este dependentă de agenţi enzimatici, care sînt responsabili de degradarea mucopolizaharizilor din substanţa bazală. După investigaţiile recente ale lui J. M. Fessel şi O. G. Chrisman pare să fie vorba de o protează şi o condrosulfatază ; E. J. Eyring şi colab. au mai găsit în plus în cartilaj şi enzimele piruvat- şi adenilatkinaza şi glucozo-6-fosfataza. Aceste date confirmă opinia noastră potrivit căreia boala artrozică

Scanned with OKEN Scanner

este o afecțiune distrofică generală ; de obicei, manifestările clinice sînt mult mai tardive față de modificările morfofuncționale și sindromul biologic.

Bolii artrozice i se pot descrie trei stadii : *stadiul preartrozic, stadiul artrozic propriu-zis și stadiul complicațiilor tardive.*

Stadiul preartrozic apare mai ales la fete tinere, de statură mică, obeze sau cu tendință la obezitate, cu tulburări vasomotorii și circulatoare (acrocianoză sau eritrocianoză). În jurul vîrstei de 30 de ani apar artralgii tranzitorii, cîteodată după o îngrășare bruscă sau după un *stress* (naștere, avort, operație etc.). Grăsimea are distribuție particulară (se depune mai ales pe ceafă, abdomen, șolduri, partea internă a genunchilor și pe fese). Frecvent întîlnim varice la membrele inferioare : fragilitatea varicelor explică apariția spontană a echimozelor.

În jurul vîrstei de 40 de ani, artralgiile devin permanente ; sînt localizate de obicei la genunchi și glezne și sînt întovărășite de dureri în regiunea lombară și a cefei, a șoldurilor, la nivelul părții interne a genunchilor și pe fese. Durerile apar după oboseală și dispar după repaus. Ele au un caracter de greutate dureroasă, bolnavul prezentînd o incapacitate de a executa o muncă obositoare, grea ; frecvent, ele se asociază și cu o stare de depresiune psihică. Clinic și radiologic, în acest stadiu nu găsim nimic patologic. Greutatea corporală crește, însă mușchii devin hipotonici. Boala evoluează cu tulburări statice și se formează cu timpul o cifoză cervicală și o lordoză lombară, cu hipotonia pereților abdominali. Ligamentele se relaxează, apar *genu valgum* și *genu recurvatum.*

Artroza propriu-zisă apare în jur de 50 de ani, avînd localizări mai ales la genunchi, șold și regiunea lombo-sacrată. Neuromialgiile care însoțesc artroza în acest stadiu explică prezența redorii și a durerilor din poliartroze.

Al treilea stadiu al artrozelor este *stadiul complicațiilor,* caracterizat prin osteoporomalacie.

La bărbați, artroza se întîlnește în proporție *numai* de 15%. Ea apare tardiv și nu dă invalidități. Radiologic, leziunile sînt minime.

Stabilirea diagnosticului are valoare în stadiul preartrozic, deoarece există posibilitatea corijării tulburărilor endocrine și statice. În acest stadiu, rezultate bune dau fizioterapia și balneoterapia.

Artrozele debutează în general insidios, fie prin dureri și impotență funcțională, fie prin deformări articulare. Durerile apar la mișcări și dispar la repaus ; ele sînt mai pronunțate dimineața, cînd articulațiile par înțepenite.

Boala se poate manifesta uneori în mod acut, sub formă de lumbago sau torticolis ; în acest caz este vorba de un debut aparent acut, leziunea fiind mult mai veche. Apariția durerilor violente în artroze

Scanned with OKEN Scanner

poate fi explicată, în unele cazuri, și prin inclavarea vilozităților sinoviale între suprafețele articulare sau între osteofite și membrana sinovială. Mobilitatea articulațiilor este diminuată, din cauza uzurii cartilajului, a osteofitelor exuberante, a contracturilor musculare sau a durerilor. Uneori însă se poate întîlni o mobilitate mărită, cauzată de hiperlaxitatea ligamentară. Articulațiile în artroze sînt mărite de volum, fiind uneori chiar deformate, din cauza hipertrofiei osoase, a osteofitozei sau a unui manșon grăsos periarticular ; mai rar, ele pot fi micșorate. Mișcările articulare produc crepitații sau cracmente, datorită leziunilor cartilajului.

Din punct de vedere radiologic, artroza se caracterizează prin : micșorarea și neregularitatea spațiului interarticular, alterarea cartilajului, hipercondensarea platourilor subcondrale; osteofitoză marginală; decalcifiere difuză sau chiar chistică, care la coloana vertebrală realizează uneori o tasare a vertebrelor, dînd aspectul de vertebre „în diabolo".

Artrozele cu osteoporoză apar după instalarea menopauzei, după castrare sau după un dezechilibru endocrin, asociat cu o carență alimentară prin tulburări digestive. Durerile se produc mai ales la mișcări, dînd mai tîrziu iradieri cervico-brahiale sau sciatice sau simulînd afecțiuni coronariene, veziculare și renale.

Ca o consecință a osteoporozei, putem întîlni : exagerarea transparenței osoase, fragilitate osoasă și pseudofracturi de tip Milkman. Osteoporoza care însoțește artrozele poate fi produsă de cauze multiple ; printre factorii endocrini se pot cita disfuncțiile ovariene, paratiroidiene, suprarenale, hipofizare și tiroidiene.

Este de remarcat că osteoporoza este mai frecventă la femei decît la bărbați.

O cauză a activării reumatismului degenerativ poate fi și osteoporoza.

Osteoporoza adultului cuprinde : 1) osteoporoza consecutivă instalării menopauzei, care apare între 50 și 65 de ani ; 2) osteoporoza femeilor sub 50 de ani care au suferit o castrare chirurgicală sau radioterapie ; 3) osteoporoza decalcifiantă senilă care apare la persoanele peste 65 de ani și se traduce prin rahialgii difuze și iradiate spre rădăcinile membrelor, care tind să dea cifoscolioze și tulburări statice accentuate.

Mai întîlnim osteoporoza și în dorsalgiile benigne ale persoanelor tinere, ca și în sechelele de distrofii rahidiene de creștere, care sînt adesea responsabile de sindromul dureros vertebral. Acestea sînt în legătură cu tulburările de nutriție, anorexia, regimul de deshidratare, ptoza, tulburările enterocolitice, diskineziile biliare etc.

Scanned with OKEN Scanner

Există o legătură strînsă între artroze şi factorii metabolici. Prezenţa hiperuricemiei predomină mai ales la sexul masculin. În 28% din cazuri cu atroze şi hiperuricemie, noi am găsit în antecedentele eredocolaterale guta şi obezitatea.

Din studiile noastre reiese că factorii metabolici (hiperuricemia etc.) sînt factori precipitanţi sau favorizanţi în reumatismul degenerativ, mai ales la persoanele în vîrstă.

În cadrul reumatismului degenerativ asociat cu hipercolesterolemie, incidenţa pare mai mare la femei, ajungînd pînă la 80%, în timp ce la bărbaţi nu se ridică peste 20%.

La persoanele mai tinere, factorii metabolici (evidenţiaţi prin creşterea acidului uric şi a colesterolului) pot fi responsabili de activarea artrozelor ; cu atît mai mult, la persoanele în vîrstă.

Artrozele pot fi asociate, în afară de hiperuricemie şi hipercolesterolemie, cu hiperglicemia şi uneori cu hiperoxalemia. Aceasta întăreşte verosimilul concepţiei dismetabolice şi distrofice asupra bolii artrozice, la baza căreia stau procesele complexe metabolicoenzimatice, pe care progresele actuale biochimice caută să le elucideze.

Trebuie să semnalăm că este necesar să deosebim alteraţiile ţesuturilor aparatului locomotor prin îmbătrînire şi degenerescenţă.

Îmbătrînirea se manifestă prin pierderea de apă şi încetinirea metabolismului, ceea ce are drept consecinţă mărirea azotului, calciului şi colesterolului în cartilajul costal, piele, aortă şi a lipoizilor în menisc şi discurile intervertebrale. Circulaţia sanguină a ţesutului conjunctiv se reduce, substanţa intercelulară se îngroaşă, fibrele colagene se înmulţesc, fibrele elastice dispar, iar substanţa bazală se micşorează ; mucopolizaharizii acizi diminuează, cei alcalini cresc. Aceste alteraţii nu sînt morbide ; nu sînt semne de degenerescenţă, ci de îmbătrînire fiziologică.

Sub numele de degenerare se înţelege, clinic, o tulburare funcţională a unor organe care are drept consecinţă o capacitate funcţională redusă ; tulburarea aceasta este de obicei ireversibilă şi se petrece în celula vie.

Procesul artrozic asociat cu o componentă dismetabolică este un proces complex, care se eşalonează pe mai multe etape : cu cît îl prindem într-o etapă mai precoce şi-l tratăm, cu atît rezultatele terapeutice sînt mai bune.

O legătură strînsă există între articulaţia artrozică şi aparatul musculoligamentar, ceea ce face ca artrozele, aproape întotdeauna, să se însoţească de neuromialgii.

Neuromialgiile sînt afecţiuni musculare fără substrat anatomic evident, denumite : mialgii, neuromialgii, micoze sau fibrozite ; aces

tea pot fi, după evoluţia lor, acute şi cronice. Ele pot fi limitate la un grup de muşchi sau generalizate, cînd prind, concomitent sau succesiv, întreaga musculatură striată a corpului.

În mialgiile localizate intervin mai mult factorii externi, care se exercită de predilecţie pe o anumită regiune a corpului (lombară, membre, ceafă), iar în neuromialgiile generalizate intervin mai mult factorii interni, legaţi de terenul individului (factori hormonali, nervoşi, infecţioşi, metabolici, vasculari etc.).

Manifestările clinice ale neuromialgiilor par să ţină de tulburările de permeabilitate vasculară.

Debutul mialgiilor este adesea brusc, însă uneori poate fi şi insidios. Bolnavii se plîng de două simptome principale : durerea şi redoarea musculară. Durerea poate fi surdă sau accentuată, continuă sau intermitentă. Durerea, redoarea şi impotenţa funcţională sînt mai intense dimineaţa sau după un repaus de cîteva ore. Simptomele se accentuează după exerciţii. În timpul nopţii, din cauza imobilizării, reapar durerile şi redoarea, încît aceşti bolnavi trebuie să se scoale de 2—3 ori pe noapte ca să se mişte. Bolnavii afirmă că îi doare tot corpul. Simptomele sînt agravate la frig, umezeală sau schimbare bruscă de temperatură. Eforturile mari şi emoţiile puternice joacă un rol important în declanşarea crizelor dureroase ; bolnavii sînt hiperalgici.

O criză de artroze cu neuromialgii se declanşează uneori după o oboseală psihică sau după o tulburare gastrointestinală.

În general, tratamentul artrozelor cu neuromialgii este un tratament complex şi individualizat, ţinînd cont de cauza producătoare.

În faza preartrozică trebuie evitate şi tratate cauzele predispozante : tulburările statice, traumatice, endocrine, metabolice, carenţiale şi stările infecţioase cronice ; trebuie suprimate şocurile psihice şi normalizate condiţiile de viaţă şi de muncă, pentru a evita agravarea prin tulburări meteorologice.

În puseurile dureroase trebuie administrate : salicilat, aspirină, piramidon, uneori fenilbutazonă şi foarte rar hormoni corticoizi.

În artroze dureroase se utilizează frecvent hidrocortizonul intraarticular (25—35 mg, la 3—4 zile). Local, dau rezultate bune în artrozele cu neuromialgii tratamentele fizice : radioterapia, ultrascurtele, ultrasunetele, ionizările, Solux-ul, curenţii diadinamici, ultravioletele şi băile sub formă de hidroterapie sau cele hidrominerale. În artroze cu neuromialgii trebuie să socotim ca principale : masajul, periajul părţilor dureroase, cultura fizică medicală, cu reeducare motorie, şi termoterapia. Exerciţiile fizice zilnice, făcute regulat şi timp foarte îndelungat, au un rol primordial în menţinerea articulaţiilor şi a aparatului muscular ligamentar în reumatismul degenerativ.

Scanned with OKEN Scanner

Alimentația în tratamentul artrozelor are un rol important. Trebuie scăzută la normal greutatea corporală ; se vor da multe zarzavaturi și fructe și se vor reduce făinoasele, dulciurile și grăsimile.

Tot în faza preartrozică s-au introdus relativ recent extracte de cartilaj și de măduvă osoasă (Rumalonul, Proteosulfanul — un proteolizat sulfurat, care, pe lîngă că este și analgezic, are și proprietățile eutrofice ale cartilajului), ca și Actiolul — un sulf biologic.

În cele de mai jos vom expune *spondilozele* și *artrozele* în faza de debut.

Spondiloza este o boală degenerativă care se manifestă, clinic, mai frecvent după 40 de ani, interesînd discul, articulațiile intervertebrale și întreg aparatul musculoligamentar corespunzător, fiind provocată de cauze multiple, externe și interne (statice, traumatice, endocrine, carențiale, metabolice, infecțioase și psihice).

Cauzele care favorizează apariția spondilozei sînt : 1) hiperfuncțiile regiunii lombare și cervicale ; 2) pozițiile vicioase în munca profesională ; 3) insuficiența musculoligamentară a coloanei vertebrale ; 4) obezitatea asociată cu oboseala care pot da dureri în coloana vertebrală, mai ales cînd individul stă timp îndelungat într-o poziție nefiziologică. Traumatismele, anomaliile congenitale, tulburările statice, obezitatea, hiperlordoza, hiperlaxitatea ligamentară și relaxarea chingii abdominale pot favoriza apariția unei discopatii, pe care o socotim stadiul precoce al unei spondiloze. O cauză favorizantă frecventă a discopatiilor lombare o reprezintă relaxarea chingii abdominale care apare la femei după sarcină și după distensiile abdominale din colitele atone, la bărbații obezi. Întărirea mușchilor abdominali prin gimnastică zilnică, la culcare și sculare, este cel mai bun tratament în durerile lombare de natură discopatică.

Trebuie să distingem de la început spondiloza anatomică sau radiologică asimptomatică de spondiloza clinică simptomatică. Spondiloza anatomică, radiologică osteofitozică și cu pensarea spațiului intervertebral reprezintă un proces tardiv ireversibil.

Noi numim discopatie stadiul prespondilozic care trebuie depistat cît mai precoce, deoarece este stadiul incipient al acestei boli. O spondiloză lombară cu fenomene clinice recente se manifestă radiologic prin mărirea spațiului intervertebral, nu prin micșorarea lui cum remarcăm în formele tardive, prin osteoporoza fină pudroasă, și printr-un ușor aspect „în diabolo" al corpului vertebral ; acesta este stadiul prespondilozic sau discopatic, deoarece leziunea primitivă este în disc (nucleul pulpos). Cu toate că spondiloza apare frecvent după 40 de ani, noi și autorii brazilieni (Nava și Seda din Rio de Janeiro) am găsit o frecvență relativ crescută între 17 și 30 de ani. Aceasta denotă că trebuie să dăm importanță durerilor coloanei vertebrale la tineri

Scanned with OKEN Scanner

și să-i examinăm în mod sistematic, clinic și radiologic, pentru a ajunge la un diagnostic just, cît mai precoce, deoarece putem întîlni spondiloza și la vîrste tinere, chiar în afară de boala Scheuermann.

În statistica noastră am găsit o relație strînsă între natura muncii, condițiile de muncă și frecvența spondilozei. În privința factorilor profesionali care favorizează apariția bolii este greu de precizat cît revine traumatismului direct sau indirect, atitudinii profesionale, condițiilor de mediu (umezeală, schimbări bruște de temperatură) etc. Nu putem să vorbim de o spondiloză profesională, dar putem vorbi de frecvența spondilozelor la anumite profesiuni, prin noxele care predispun la spondiloză, transformînd-o dintr-o formă radiologică într-una clinică. De exemplu, pozițiile statice vicioase, eforturile în poziții nefiziologice, contracturile violente, traumatismele favorizate de diferite profesiuni sînt cauze care pot transforma o spondiloză radiologică într-una clinică.

Din cazurile studiate de noi reiese că la femei condițiile profesionale au un rol mai mic în etiopatogenia spondilozelor. Organismul feminin prezintă momente endogene suficiente capabile să declanșeze apariția simptomelor de spondiloză, fără să mai fie necesară intervenția unor factori din afară. După unii autori, procesul inițial ar fi în disc și numai secundar ar apărea procesul mecanic și de uzură. De aici rezultă că modificările degenerative ale coloanei vertebrale nu pot fi puse numai pe seama traumatismelor profesionale, ci trebuie legate de modificările întregului țesut mezenchimal al organismului.

În ceea ce privește transformarea unei spondiloze latente într-una clinică, din observațiile noastre reiese că o cauză care exteriorizează spondiloza o constituie infecțiile. Acestea acționează mai ales prin alterațiile aparatului musculoligamentar produse pe cale infecto-alergică. Tot din studiul nostru reiese importanța factorului psihic în apariția simptomelor clinice de spondiloză, acționînd fie sub forma unui șoc puternic psihic, fie ca o încordare psihică continuă.

În ceea ce privește simptomele precoce de spondiloză, amintim că durerile vertebrale care dispar după activitatea zilnică pledează pentru un proces degenerativ al coloanei vertebrale. De asemenea, durerile care dispar noaptea și se măresc după activitatea zilnică pledează pentru o spondiloză, provocată prin tulburări statice.

După vîrsta de 30 de ani, discul își pierde elasticitatea : se deshidratează, se subțiază, nucleul devine fibrocartilaginos și, cu timpul, degenerează. Ca o consecință a acestora pot rezulta : 1) protruzia discală ; 2) hernia nucleară ; 3) osteofitoza. Deci, pentru a se produce o hernie discală trebuie în prealabil să existe o alterare a discului. Poate exista însă o degenerescență discală, fără protruzie discală ; totuși, uneori, spondiloza poate începe cu hernie nucleară.

Scanned with OKEN Scanner

Orice dezechilibru funcţional dă modificări în structura discului, determinînd pierderea calităţilor sale de amortizare. Schmorl-Calvet şi Galard au arătat că discurile intervertebrale prezintă leziuni de senescenţă începînd încă de la vîrsta de 20—25 de ani, explicate prin acţiunea unor factori diverşi, enzimatici şi hormonali şi prin modificarea echilibrului acido-bazic. Din cauza scăderii elasticităţii discului şi a friabilităţii lui se pot produce rupturi ale plăcilor cartilaginoase superioare sau inferioare ale corpurilor vertebrale, iar nucleul pulpos devine dur şi pătrunde în spongioasa corpului vertebral, formînd hernii intraspongioase sau noduli Schmorl. Leziunea iniţială în spondiloză constă deci în alterarea degenerativă a discului intervertebral, determinînd o serie de modificări locale, clinice şi histologice.

În afară de factorii endocrini şi metabolici, infecţioşi şi psihici care favorizează şi accentuează simptomele precoce de spondiloză, mai citäm : sacralizarea, lombalizarea, *spina bifida,* anomaliile de curbură ale coloanei vertebrale, fracturile membrelor inferioare vicios consolidate, *genu varum, genu valgum,* adică toate tulburările statice ale coloanei vertebrale şi ale membrelor inferioare. De asemenea, distrofiile de creştere la copil şi adolescent predispun la spondiloze.

După noi, spondiloza nu este o boală locală a coloanei vertebrale, ci interesează întreg ţesutul mezenchimal, fiind produsă de cauze multiple — externe şi interne.

Stadiul prespondilotic este o realitate, iar diagnosticul precoce trebuie să fie pus în acest stadiu cînd rezultatele terapeutice sînt cele mai favorabile. Am amintit stadiul precoce al spondilozei, stadiul discopatic, întîi pentru că leziunea iniţială într-o spondiloză îşi are originea în disc şi al doilea cu scopul să micşorăm sfera spondilozelor care dă atîtea griji exagerate bolnavilor şi produce atîtea cheltuieli prin radiografii inutile.

Noi înţelegem prin diagnostic precoce diagnosticul de spondiloză clinică care are simptome reversibile. În afară de factorii endocrini, metabolici, vasculari şi statici, *infecţiile şi tulburările nervoase,* după constatările noastre, joacă un rol important în transformarea unei spondiloze latente într-una cu manifestări clinice.

Este util să cunoaştem cauzele care determină şi exteriorizează o spondiloză, pentru a le evita. Spondiloza poate fi cervicală, dorsală sau lombară.

Anatomic, leziunea în general prinde toate segmentele ; clinic, frecvent, manifestările predomină numai la un segment ; adesea prinde două segmente, mai rar întreaga coloană vertebrală.

Din punct de vedere radiologic, în spondiloza cervicală incipientă nu osteofitoza este principalul simptom, ci osteoporoza pudroasă fină pe care am întîlnit-o totdeauna. Osteofitul este un semn tardiv de

spondiloză ; el pare să fie o reacție a organismului, cu scopul de a sprijini discul bolnav ; se formează în spațiul interdiscoligamentar, printr-un proces osteogenetic local.

A doua reacție de susținere și apărare a discului deteriorat ar fi contractura musculară din regiunea discului lezat, care ar explica pînă la un punct fenomenele dureroase provocate prin spasme și hipoxie.

În *spondiloza cervicală,* ca simptome clinice precoce putem aminti: rigiditatea dureroasă a cefei, cracmente și contractură musculară, manifestări de origine nervoasă radiculară sau simpatică (plexită cervico-brahială, tulburări vasomotorii și sindromul umăr-mînă). După unii autori, spondiloza cervicală ar fi cauza sindromului scapulo-cervico-humeral, care înglobează periartrita scapulo-humerală, brahialgia și migrena cervicală.

Uneori, spondiloza cervicală se manifestă prin dureri la nivelul cefei și printr-o redoare dureroasă a gîtului ; durerile sînt mai accentuate dimineața la deșteptare sau spre seară, după oboseala din cursul zilei. Apăsarea pe cap dă dureri vii (semnul Spurling), apăsarea pe părțile laterale ale gîtului, între apofizele transverse, dă dureri vii iradiate (semnul Stoia). Adesea o spondiloză cervicală inițială se poate manifesta, clinic, numai printr-o nevralgie cervico-brahială ; alteori, spondiloza cervicală dă manifestări vasomotorii și simpatice în teritoriul cranio-facial. Printre manifestările reflexe, la distanță, ale spondilozelor cervicale amintim : periartritele scapulo-humerale, sindroamele algodistrofice, manifestările pseudoanginoase etc. Sînt cunoscute : falsa angină pectorală, angor-cervicoartroza, precum și sindroamele precordialgice, pseudostenocardice datorite spondilozei cervicale.

Noi am găsit spondiloza cervicală asociată cu : periartrita scapulo-humerală, sindromul umăr-mînă, plexita cervico-brahială, torticolisul spastic, nevralgia frenicului, retracția aponevrozei palmare, accesele pseudoanginoase, sindromul Gutzeit, precum și cu sindromul algohemialgic descris de unul dintre noi (Stoia). Sindromul Gutzeit din spondiloza cervicală, produs de osteofitele anterioare, se poate manifesta, clinic, prin tulburări vegetative, hipertensiune arterială, tulburări spastice și nervoase.

Spondilozele cervicale pot provoca, uneori, manifestări disfagice, faringiene sau esofagiene. O alterare a discului cervical poate produce, pe cale reflexă, o contractură musculară și, uneori, o durere de tip meningian, cu rigiditate, cu redoarea cefei.

Vom exemplifica cele de mai sus prin cîteva foi de observație sumar expuse :

Scanned with OKEN Scanner

Obs. 1. — Bolnava R. I., în vîrstă de 39 de ani, acuză dureri cervicale şi, uneori, dureri generalizate în toată coloana, tulburări de menopauză şi neurovegetative accentuate. Boala datează de 6 ani, cu dureri la expuneri la frig sau efort; durerile sînt intermitente; nimic în rest. Examenul clinic evidenţiază dureri de ceafă la mişcări, accentuate la oboseală. Muşchii cefei sînt contractaţi; durerile dorso-lombare sînt mai discrete; intermitent, suferă de neuromialgii generalizate şi artralgii. Diagnosticul: spondiloză vertebrală, cu predominanţă cervicală, poliartroze.

Cazul de faţă arată că spondiloza cervicală este însoţită de spondiloza întregii coloane vertebrale şi poliartroze. Aceasta dovedeşte că sîntem în faţa unei boli artrozice care interesează întreg organismul.

Obs. 2. — Bolnava V. Z., în vîrstă de 34 de ani, acuză cefalee, cervicalgii, dureri în umeri, tulburări endocrine, ameţeli. Examinată găsim: dureri la ceafă, ameţeli, transpiraţii, dureri în umeri. Diagnosticul: sindrom Barré-Liéou, periartrită scapulo-humerală dublă (umeri dureroşi).

Obs. 3. — Bolnavul I. E., în vîrstă de 62 de ani, acuză dureri poliarticulare şi dureri cervico-dorso-lombare, mai accentuate la schimbarea vremii. În ultimul timp durerile s-au accentuat în anotimpul friguros şi umed. Nimic în rest. Radiologic, semne de spondiloză cervico-dorso-lombară, poliartroze cu decalcifiere difuză.

Obs. 4. — Bolnava V. L., în vîrstă de 51 de ani, consultă pentru dureri generalizate, dureri în coloana cervico-dorso-lombară, cu iradieri în coapsa stîngă, nevroză astenică. Debutul după expunere la frig. Diagnosticul: poliartroze, spondiloză cervico-dorso-lombară, coxoză incipientă stîngă.

Obs. 5. — Bolnavul G. N., în vîrstă de 49 de ani, se plînge de dureri generalizate, dureri accentuate lombare, dureri în umărul drept. Diagnosticul: discopatie cervico-lombară, periartrită scapulo-humerală dreaptă, neuromialgii.

Din foile de observaţie de mai sus se poate vedea că spondiloza este predominant cervicală, interesînd în mod secundar celelalte segmente, precum şi umerii; uneori, se însoţeşte de neuromialgii generalizate. Osteoporoza care însoţeşte poliartrozele şi spondilozele este un semn de agravare a sindromului clinic de spondiloză.

Trebuie să ţinem cont de toate simptomele şi de întreg organismul tratînd şi bolile asociate, pentru a căpăta rezultatele cele mai bune terapeutice.

Spondiloza dorsală cu simptome clinice o întîlnim mai rar, manifestîndu-se mai ales prin nevralgii intercostale, simulînd uneori boli cardiace sau digestive; nu trebuie să uităm că, în unele cazuri, spondiloza dorsală se poate asocia cu insuficienţă coronariană.

La o persoană în vîrstă de peste 60 de ani, cu o nevralgie intercostală persistentă, cu V.S.H. mărită, nu trebuie să ne mulţumim cu diagnosticul de spondiloză dorsală sau nevralgie intercostală; trebuie să căutăm dacă nu este supraadăugată şi o metastază neoplazică etc.

O formă specială de spondiloză dorsală este boala Scheuermann, care începe la copii înainte de 10 ani, fără dureri şi rigiditate; găsim însă vertebre cuneiforme, mai ales între D_1 şi D_9. Între 10 şi 18 ani apare tendinţa la o cifoză fixă şi în 20% din cazuri sînt semnalate dureri lente; în acest stadiu găsim la radiografie şi noduli Schmorl,

Scanned with OKEN Scanner

iar regiunea dorso-lombară devine rigidă (fig. 7). Aici întîlnim neregularităţi ale platourilor vertebrale, hernii intraspongioase de origine nucleară, deformaţii ale corpurilor vertebrale, anomalii discale şi tulburări statice rahidiene. Starea aceasta distrofică se poate confunda

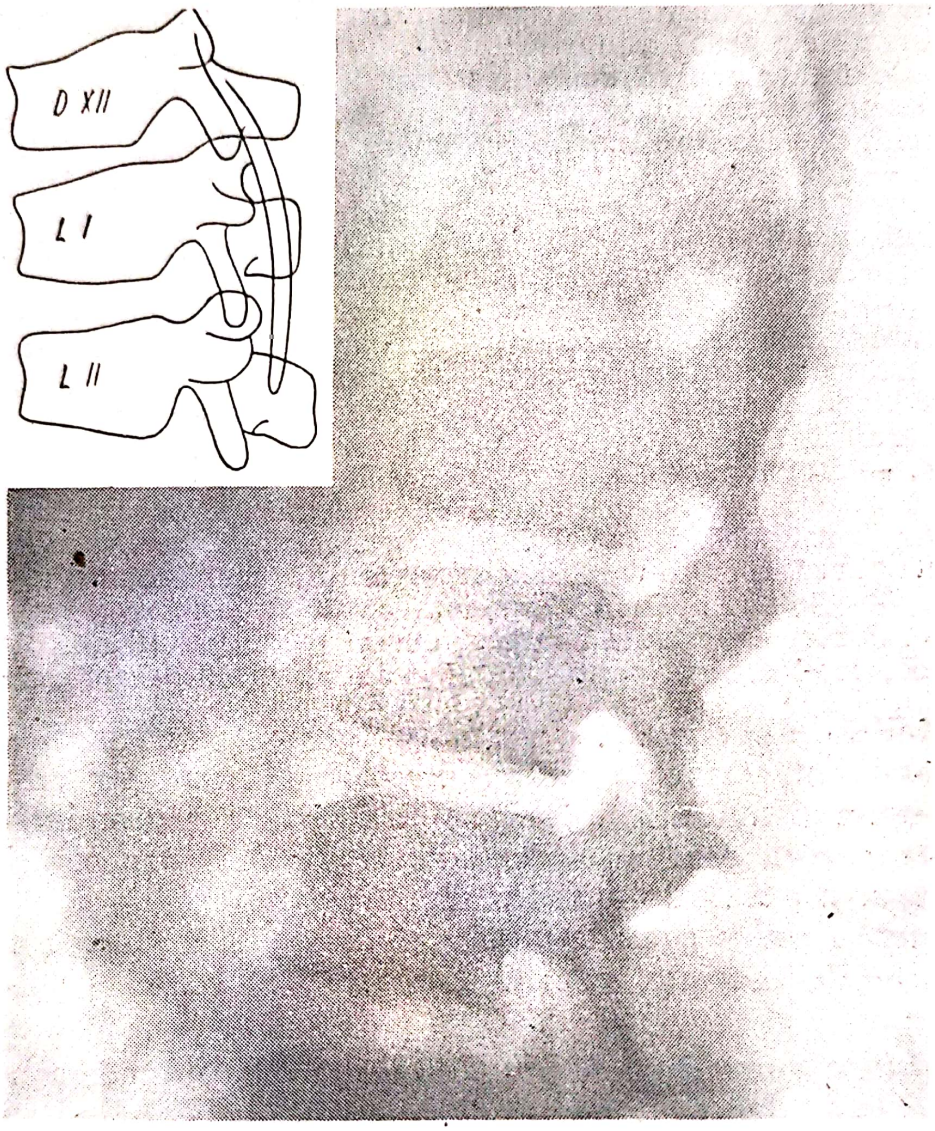

Fig. 7.

cu spondilodiscitele, morbul Pott, leziunile vertebrale traumatice, fracturile marginale anterioare şi herniile retromarginale anterioare. Trebuie să ţinem cont că stările distrofice vertebrale pot să se asocieze, frecvent, cu hernii discale.

Distrofia vertebrală de creştere lasă la adult frecvent sechele latente ; ele pot constitui sursa alteraţiilor degenerative, în particular discale, pe care le întîlnim la radiografie. Factorii care exteriorizează aceste discartroze sînt : traumatismele (fie mari, fie mici), factorii neu-

Scanned with OKEN Scanner

rovegetativi reflecşi şi elementele debilitante, tulburările digestive, diskinezia biliară şi colopatiile (la femei), precum şi factorii psihici.

Se admite că sechelele de osteocondroză juvenilă a regiunii dorsale inferioare conduc la dorsartroză, care poate apărea pînă la 30 de ani. La 40 de ani, osteofitoza este frecventă într-o proporţie care merge pînă la 75% dintre subiecţi. Discopatiile osteofitice dorsale par a reprezenta mai ales consecinţa tulburărilor statice provocate de atitudinea cifotică indusă de cauze distrofice sau profesionale. Există şi distrofii rahidiene latente care pot să devină foarte precoce dureroase; chiar la sfîrşitul adolescenţei după un efort profesional.

La adult, în afară de recrudescenţele algice provocate prin dezvoltarea unei osteopatii rarefiante şi prin factori profesionali, putem să găsim o reacţie osteofitică exuberantă ; la adult durerile se pot exacerba printr-un accident de muncă.

Gravitatea bolii Scheuermann poate să fie datorită : durerilor de cifoză cu spondiloză, asociate cu tulburări psihice.

Trebuie să le tratăm prin repaus, imobilizare, prin aparate gipsate şi psihoterapie. Toate aceste tulburări distrofice duc, tardiv, la spondiloze dureroase ; pentru aceasta diagnosticul şi tratamentul precoce are o importanţă capitală. De cele mai multe ori spondiloza dorsală se asociază cu cea cervico-lombară, care este mult mai frecventă, şi adesea cu fenomene de poliartroză, aşa cum ne arată cazurile de mai jos :

Obs. 1. — Bolnavul C. I., în vîrstă de 38 de ani, consultă pentru dureri toraco-lombare, în bazin şi în articulaţia coxo-femurală dreaptă. Durerile sînt exacerbate prin ortostatism. Radiologic, s-a pus diagnosticul de : cifoscolioză dorso-lombară traumatică, fără ca bolnavul să aibă acuze subiective.

În urma unui traumatism vertebral (cădere pe spate) apar dureri dorso-lombare, care, treptat, iradiază în partea superioară a coapsei stîngi. Diagnosticul clinic şi radiologic : cifoscolioză toraco-lombară stîngă ; coxoză şi peri-coxoză incipientă stîngă.

Din cazul de mai sus se constată că leziunile radiologice au rămas latente pînă la traumatism ; de asemenea, se vede că leziunile interesează mai multe segmente şi articulaţii.

Obs. 2. — Bolnavul T. L., în vîrstă de 42 de ani, acuză dureri cervico-dorso-lombare.

Bolnavul suferă din copilărie de cifoscolioză dorso-lombară asimptomatică. Examenul radiologic arată că este vorba de o boală Scheuermann care nu s-a exteriorizat clinic decît după vîrsta de 40 de ani, cînd s-a instalat spondiloza, iar cu timpul s-a dezaxat prin insuficienţa aparatului musculo-ligamentar. Aici corsetul înalt şi patul tare asociat cu fizioterapie ne-au dat rezultate bune.

Obs. 3. — Bolnavul R. P., de 42 de ani, se prezintă la consultaţii pentru dureri în articulaţiile coxo-femurale, mai accentuate pe traiectul sciaticului stîng, dureri de-a lungul coloanei cervico-dorso-lombare. Radiografia ne arată : coxoză dublă incipientă pe fond displazic ; spondiloză cervico-dorso-lombară.

Scanned with OKEN Scanner

Din cazul de față se vede că reumatismul degenerativ interesează nu numai întreaga coloană vertebrală, ci și articulațiile coxo-femurale. Tratamentul trebuie să fie complex și pe etape ; repausul este indicat în cazul de față.

Simptomatologia *afecțiunilor degenerative ale coloanei lombare* a fost precizată în numeroase lucrări. În primul stadiu din spondiloza lombară, favorizat de tulburările statice din perioada prespondilozică, se întîlnesc dureri la mers. Mult mai tîrziu apare atrofia discală, musculară și fibroligamentară ; osteoporoza pudroasă se întîlnește în stadiul precoce al spondilozei lombare. Un alt semn inițial al spondilozei lombare este lărgirea spațiului intervertebral prin presiunea nucleului pulpos ; în felul acesta apar vertebrele „în diabolo". Durerile vagi de spate pot fi provocate și de calcifierea nucleului pulpos sau a inelului fibros, traducînd o discopatie și constituind debutul unei spondiloze.

Discopatia calcifiantă cu localizare dorso-lombară se întîlnește mai frecvent între 40 și 60 de ani (fig. 8). Anomaliile corpurilor vertebrale (lombalizări, sacralizări) la tineri rămîn timp îndelungat latente și nu devin dureroase decît atunci cînd lezează discurile intervertebrale, adică atunci cînd apare starea prespondilozică. Uneori, durerile lombare sînt provocate de epifizite lombare. Localizarea lombară a epifizitei vertebrale este frecventă ; trebuie să o deosebim de lombalgia de natură discală.

Durerea epifizitei lombare este simptomul esențial legat de tulburarea statică, de deteriorarea discală secundară sau de o artroză. Această durere precoce a epifizitei lombare reacționează mai puțin la antialgice, iar recidivele sînt practic inevitabile, necedînd complet la tratament. Lombalgia prin epifizită necesită un tratament lung și delicat. Aici trebuie să facem un tratament antialgic. Bolnavul trebuie pus în repaus pe pat tare, pe spate, uneori pe pîntece. În faza acută trebuie să oprim orice muncă cîteva săptămîni ; după aceea bolnavul trebuie să poarte un lombostat. Poziția așezată timp îndelungat sau atitudinea în cifoză lombară agravează durerile. Fizioterapia (ultrascurte, infraroșii și masaj) dă rezultate bune în stadiul acesta. Reeducarea trebuie să fie progresivă, totdeauna asociată cu masajul și fizioterapia.

Se recomandă aplicații de căldură, locale, cîte 10 minute zilnic, urmate de masaj și kineziterapie ; uneori, tracțiunile vertebrale măresc durerile, ele constituind o contraindicație în epifizita lombară.

De cele mai multe ori, însă, spondiloza lombară se manifestă printr-un sindrom radicular inferior. Ea generează lombalgii, lombosciatice, nevralgii parestezice, nevralgii crurale și de obturator. Crizele repetate de lumbago sau de lombosciatică, cu ameliorare temporară, pledează pentru o discopatie.

Scanned with OKEN Scanner

Frecvent, în regiunea lombară, spondiloza începe printr-o discartroză provocată de o hernie de disc.

De cele mai multe ori, hernia de disc se face acolo unde se găseşte o deteriorare discală. Din cauza însă a unei insuficienţe funcţionale

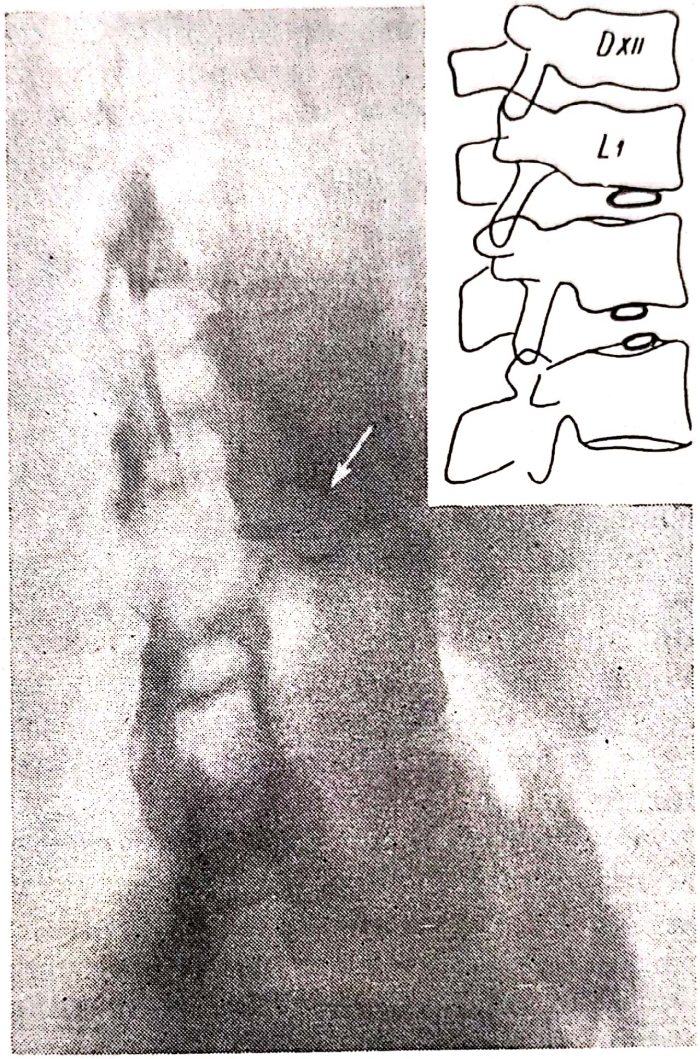

Fig. 8.

a discului intervertebral pot apărea precoce, la orice mic traumatism, modificări care duc la discopatii vertebrale. În producerea discopatiei lombare intervin factori *predispozanţi, favorizanţi* şi *determinanţi.* Printre factorii predispozanţi amintim : anomaliile congenitale, spondiloza şi spondilolistezisul şi factorii constituţionali. Printr-o activitate funcţională se produce o deteriorare a discului şi, în consecinţă, o discopatie. Oamenii musculoşi fac discopatii grave, obezii discopatii discrete. Discartroza înseamnă deteriorarea unui disc (a discului lezat), de cele mai multe ori fiind consecinţa unei hernii de disc ; după Arseni, spondiloza este un cuvînt impropriu, el preferînd cuvîntul

Scanned with OKEN Scanner

„discopatie", prin care înţelege un proces de alterare structurală a discului, cu toate consecinţele sale, şi avînd diferite etiologii. Noi numim discopatie primul stadiu al spondilozei, deoarece la început lezarea debutează printr-o deteriorare discală. Printre factorii favorizanţi ai discopatiei amintim : poziţiile nefiziologice în timpul lucrului sau în timpul somnului sau al sarcinii. Factorii determinanţi sînt : traumatismele directe sau indirecte, care pot da necroza discală, fisurile în nucleul pulpos şi lamele cartilaginoase. Procesele inflamatoare diverse afectează în mod secundar discul, determinînd modificări ale metabolismului apei în disc prin procese congestive. Discul suferă o involuţie fiziologică care duce la insuficienţa lui funcţională. Toate aceste cauze provoacă alterarea nucleului pulpos şi a inelului fibros. După de Sèze şi Arseni, aceste modificări patologice ale discului se împart în 4 stadii care au un echivalent clinic.

În primul stadiu, din punct de vedere anatomopatologic, există o dezorganizare a structurii discului (a nucleului pulpos şi fibros).

Al II-lea stadiu se caracterizează prin migrarea posterioară a fragmentelor nucleului pulpos prin fisurile inelului fibros, iar în al III-lea stadiu se produce o adevărată hernie în canalul vertebral, constituind hernia de disc posterioară. Al IV-lea stadiu constă într-o deteriorare discală intensă, leziuni degenerative ale platourilor vertebrale, cu formare de osteofite. Osteofitul înseamnă leziune de disc. În discopatia cu osteofitoză durerea este dată de fibroza de teacă radiculară. O alterare a discului produce, pe cale reflexă, o contractură musculară şi o durere de tip meningian, cu rigiditatea coloanei cervicale, uneori cu redoarea cefei. În faza întîi apar dureri locale ; în faza a doua durerea se însoţeşte de contractură. În fazele a III-a şi a IV-a se semnalează, pe lîngă factorul mecanic, şi factorul congestiv. După Arseni, factorul mecanic dă fenomene deficitare, motorii şi senzitive, de tip pareză. Rădăcina suferă prin iritaţie, prin compresiune sau întrerupere, adică nervul este scos din funcţie.

În stadiul prim se remarcă dureri radiculare de tip iritativ (nevralgic sau mialgic). În stadiul al II-lea apar o serie de manifestări care traduc compresiunea pronunţată a rădăcinii (anestezii şi modificări de reflexe).

În stadiul al III-lea găsim ca echivalent clinic paralizia teritoriului muscular periferic.

Factorul congestiv provoacă o stază care face să persiste sciatica ; uneori, poate da o arahnoidită traumatică aseptică, o hipertrofie de ligament galben sau un edem al rădăcinii. Intensitatea durerilor este dată de tulburările vasculare şi de situaţia bipedă prelungită ; frigul şi umezeala pot produce congestia plexului ; căldura şi repausul diminuează congestia ; cu timpul, hernia îşi micşorează volumul sau

Scanned with OKEN Scanner

revine la loc și astfel simptomele cedează. Simptomele la distanță apar prin tulburări reflexe vasculare.

Simptomele discopatiei vertebrale în faza întîi, de insuficiență discală dureroasă, au un debut lent, rareori brusc, numai după un traumatism mic sau după un proces congestiv (gripă, frig) : boala apare mai ales între 20 și 30 de ani, cu dureri localizate strict la nivelul unei vertebre ; radiografia arată un blocaj al regiunii.

Faza a II-a (fază de blocaj) apare la vîrsta de 25—35 de ani, după mișcări bruște ; la cîteva săptămîni criza poate să se repete.

Faza a III-a este faza neurologică (hernia de disc propriu-zisă) ; apare la vîrsta de 35—45 de ani printr-un traumatism, manifestîndu-se prin semne radiculo-medulare și prin crize care se repetă.

Hernia de disc cervicală apare la un anumit timp după acțiunea factorului determinant. Tabloul clinic depinde de sediul compresiunii (radiculară, medulară sau mixtă). În perioada de stare, durerile sînt monoradiculare sau pluriradiculare, la unul sau la ambele membre inferioare.

În hernia de disc cervicală simptomele sînt provocate de fibroza de teacă radiculară. În hernia de disc toracică durerile apar după un efort. În hernia de disc lombară boala poate debuta printr-o lombosciatică.

Hernia de disc lombară dă : dureri, tulburări de sensibilitate, poziții antalgice, modificări de reflexe, tulburări trofice și tulburări vegetative.

Hernia de disc se poate asocia și cu alte afecțiuni (tumori medulare, chisturi hidatice, tabes sau scleroză în plăci).

În faza a IV-a, care survine între 45 și 60 de ani și care prezintă osteofite vertebrale periferice, se constată o contractură musculară în regiunea cervicală superioară, dînd sindromul Barré-Liéou.

Mielopatia vertebrală prin spondiloza cervicală poate da pareze sau paraplegii, cu tulburări de sensibilitate.

Fibroza tecii radiculare a plexului brahial poate duce la dureri spontane de tip nevralgic sau mialgic.

Stenoza canalului vertebral este însoțită de dureri lombare cu scoliză.

Spondiloza în faza discopatică se tratează medical ; indicația operatorie este rezervată formelor hiperalgice și compresiunilor însoțite de fenomene de pareză. Tratamentul se face pe etape. Greutatea tratamentului este uneori îngreuiată, din cauza bolilor asociate.

Spondiloza dorsală se poate confunda cu Sp.A., morbul Pott, boala Kümmel-Verneuil, dorsalgiile benigne ale tinerelor fete și cu fibrozitele mușchilor spatelui

Scanned with OKEN Scanner

Formele dureroase ale spondilozei dorsale se pot confunda cu entorsa dorsală discoligamentară (apariţia bruscă, după un efort ne clarifică diagnosticul) şi cu hernia discală dorsală (caracterizată prin redoare dorsală, algii intercostale unilaterale şi recunoaşterea traumatismului în antecedente). Uneori, radiculitele din spondiloza dorsală simulează boli abdominale (colecistite, apendicite, ulcer duodenal) sau, invers, aceste boli abdominale iradiază în coloana vertebrală, simulînd o spondiloză dorsală.

Tratamentul spondilozei dorsale se face pe etape, complex şi complet, ţinînd cont şi de bolile asociate şi de cauzele favorizante şi determinante.

Diagnosticul spondilozei lombare nu este greu, în general. El întîmpină dificultăţi cînd intervin boli asociate, care pot fi cauza exacerbărilor dureroase.

Spondiloza lombară se poate manifesta la anumiţi bolnavi numai printr-o simplă curbatură lombară, un fel de greutate în regiunea lombară. Regiunea lombară este blocată, bolnavul făcînd flexiuni cu greu. Cîteodată, bolnavii simt dureri lombare după un efort sau oboseală fizică ; la alţii statul în picioare prelungit produce dureri lombare. Uneori, redoarea dureroasă maximă în regiunea lombară apare dimineaţa la sculare, ca apoi să dispară după mişcări. Alteori, din contra, durerile lombare apar la culcare ; la femei, exacerbarea durerilor lombare este pre- sau postmenstruală.

Foctorul profesional este evident. Durerile pot recidiva după munci forţate, ridicare de greutăţi. Cîteodată, lombalgia cronică survine după un lumbago acut. Alteori, lombalgia devine permanentă, evoluează prin puseuri, declanşate prin surmenaj fizic, o răceală sau un voiaj în automobil. Între puseuri, durerile pot dispărea complet ; alteori, după un puseu, se instalează o durere sciatică. La unii bolnavi, puseurile de lumbago sînt urmate de crize de sciatică sau crizele de lumbago alternează cu crize de sciatică.

Sciatica vertebrală se însoţeşte, uneori, de scolioza antalgică, alteori de hiperlordoză ; alteori, regiunea lombară devine plată. Mobilitatea coloanei este puţin influenţată ; hiperextensia sau hiperflexia anterioară pot, în anumite momente, să dea dureri care reduc mobilitatea.

Alteori, în lumbago întîlnim anomalii statice, în care există un dezechilibru lombo-pelvian : bazin basculat de o parte şi asimetria înălţimii cotililor femurali sau incurvarea laterală a coloanei lombare. În lordoza lombară, uneori, găsim un sacru orizontalizat.

Pe radiografii putem depista anomalii congenitale în regiunea lombo-sacrală : sacralizări, lombalizări, *spina bifida.*

Scanned with OKEN Scanner

Spondiloza lombară se poate manifesta, clinic, sub formă de lumbago cronic, lumbago acut sau lombosciatică.

Însă nu fiecare lumbago este produs de deteriorare discală sau discopatie.

Numeroase alte boli pot să simuleze o spondiloză lombară, printre care putem aminti : morbul Pott lombar, spondilita anchilozantă, spondilolistezisul L_5, sindromul dureros trofostatic de postmenopauză, metastazele canceroase lombare etc. De asemenea, spondiloza se mai poate confunda cu o miozită sau celulită lombară, cu durerile lombare provocate de afecțiuni renale, ginecologice sau neurologice.

Frecvent, spondiloza lombară se poate asocia cu alte boli : afecțiuni gastrointestinale, hepatice, renale, sindromul Südeck, diabet, eczeme, boala Paget etc. În practica medicală rareori întîlnim exclusiv spondiloza lombară ; foarte frecvent întîlnim o spondiloză cervico-dorso-lombară ; sau spondiloza lombară este asociată cu poliartroze, neuromialgii sau alte afecțiuni, așa cum reiese din observațiile clinice pe care le prezentăm în cele ce urmează :

Obs. 1. — Bolnava F. E., în vîrstă de 30 de ani, acuză dureri cervico-lombare și cefalee ; V.S.H. 16/21 mm. Regiunea cervico-lombară este dureroasă la mișcări și mușchii sînt contractați. La radiografia segmentului toraco-lombar din față și profil se remarcă o rectitudine a segmentului cervical, o discretă osteoporoză, calcifieri la nivelul discurilor vertebrale L_1—L_2 și L_2—L_3. Aceste calcifieri îmbracă aspectul unor ampule calcare de formă semilunară (ca un vîrf de unghie). După examenul clinic și radiologic punem diagnosticul de spondiloză cervico-dorso-lombară incipientă.

Obs. 2. — Bolnava S. F., pensionară, în vîrstă de 59 de ani, se prezintă la consultații pentru dureri generalizate în toate articulațiile, dureri de-a lungul coloanei cervico-dorso-lombare, tulburări circulatoare la nivelul membrelor inferioare. La nivelul regiunii lombare găsim lordoză accentuată, cu contractură paravertebrală ; articulațiile genunchilor și cele tibio-tarsiene sînt dureroase la palpare. La examenele de laborator semnalăm o colesterolemie de 2,82 g‰, iar examenul radiologic evidențiază semne de spondiloză cu osteoporoză. Este vorba de spondiloză cervico-dorso-lombară, cu dureri mai accentuate în regiunea lombară care prezintă și lordoză, neuromialgii, poliartroze și tulburări circulatoare. Tratamentul indicat a fost complex, vizînd toți factorii incriminați.

Spondiloza lombară incipientă nu pune, în general, probleme dificile de diagnostic. Iată un caz conoludent în acest sens :

Obs. 3. — Bolnavul D. A., în vîrstă de 34 de ani, acuză dureri lombare ; V.S.H., normală ; examenul clinic, normal. Examenul radiologic evidențiază o ușoară osteoporoză pudroasă, cu spațiul discal mărit și aspectul de vertebră „in diabolo". Aici este vorba de o spondiloză lombară incipientă, stadiu discopatic, cu semne radiologice nete — spațiu intervertebral mărit prin edemul nucleului pulpos ; osteoporoza corpilor vertebrali compresați de angorjarea nucleului pulpos a cedat, creînd înfățișarea de vertebre „in diabolo". Este necesar ca în acest caz să tratăm și osteoporoza prin calciu, vitamină D și

Scanned with OKEN Scanner

raze ultraviolete și să prescriem bolnavului masajul mușchilor lombari, concomitent cu indicația de a nu face eforturi.

Obs. 4. — Bolnavul D. E., în vîrstă de 44 de ani, vine pentru dureri în regiunea lombară cu iradieri în întreg membrul inferior. Boala a debutat cu un an în urmă, prin dureri lombare, cu iradieri în membrul inferior drept; V.S.H. 8/18 mm. Examenul radiografic arată pensarea L_4—L_5.

Aici este vorba de o discopatie care a produs lombosciatică.

Obs. 5. — Bolnavul T. L., în vîrstă de 50 de ani, se plînge de dureri lombare cu iradieri pe sciaticul stîng și polialgii (în legătură cu prezența unor poliartroze); V.S.H. 22/41 mm. Boala a debutat cu 20 de ani în urmă prin dureri în regiunea lombară. Radiografia arată: discopatie lombară, mai accentuată la nivelul L_4—L_5. Este vorba de o discretă spondiloză lombară cu leziuni evidente pe discul L_4—L_5, care au generat fenomenele sciatice.

Algia în lombosciatică rezultă din conflictul discoradicular, rădăcina fiind iritată direct de discul vertebral herniat sau prin intermediul fenomenelor inflamatoare. Adesea lombosciatica debutează după un efort. Durerea este vie, fiind localizată inițial în regiunea lombară. În general, cînd apare durerea pe traiectul sciaticului, lombalgia se atenuează. Dacă durerea se întinde pe fața postero-externă a coapsei și antero-externă a gambei pînă la gleznă, înaintea maleolei externe și pe dosul piciorului, pînă la degetul mare, lombosciatica este produsă prin iritația rădăcinii L_5 de către discul L_4—L_5. Dacă durerea coboară pe fața posterioară a coapsei, de-a lungul feței posterioare a gambei, spre gutiera retromaleolară internă, în călcîi și plantă, este prinsă rădăcina S_1.

Durerea se accentuează la tuse și strănut; se atenuează prin repaus sau în poziția de „cocoș de pușcă".

În formele hipenalgice durerea persistă chiar în repaus complet. În formele senzitive, ca în cazul de față, forța musculară este normală; în sciaticele paralizante, forța musculară este diminuată.

Atingerea rădăcinii L_5 se traduce, clinic, printr-un deficit al mușchilor lojii antero-externe, în afară de mușchiul gambier anterior. În cazuri rare, bolnavul stepează, piciorul fiind balant; bolnavul este incapabil să miște piciorul afectat la fel ca pe cel sănătos. În lombosciaticele discopatice, bolnavul ia adesea o poziție antalgică, înclinîndu-se înainte și lateral de partea dureroasă (forma radiculară) sau atitudinea antalgică este de partea opusă în sciaticele funiculare. Mobilitatea regiunii lombare este diminuată, fiind blocată prin contractura musculară dureroasă. Prin examenul radiologic se poate suspecta o hernie discală, prin pensarea electivă a discului interesat, cu lărgirea laterală a spațiului intervertebral corespunzător la înclinarea bolnavului de aceeași parte. Acesta este un semn patognomonic de hernie discală. În majoritatea cazurilor, însă, clișeele radiologice ne arată existența unei spondiloze cu osteoporoză, interesînd discul atins sau discurile supra- și subiacente.

Scanned with OKEN Scanner

Anomaliile tranzitorii (lombalizări, sacralizări) arată că este vorba de o degenerescență discală supra- sau subiacentă. Uneori, întîlnim și un spondilolistezis, care poate provoca o activare a discopatiei. Alteori, deși examenul radiologic este normal, el nu elimină etiologia disco-radiculară a sciaticii. Nu toate lombosciaticele sînt de natură discală ; adesea, examenul radiologic pune în evidență sciatice radiculare provocate prin morbul Pott, cancer vertebral sau diverse procese tumorale rahidiene. Frecvent întîlnim sciatica asociată cu coxoze și, mai rar, cu nevralgia crurală. Durerile din articulația sacro-iliacă iradiază pe fața posterioară a coapsei, pînă la spațiul poplitcu, simulînd un semn Lassègue pozitiv.

În sciaticele tronculare, durerea nu respectă traiectul radicular ; aici, atingerea este mai masivă, interesînd întreg trunchiul sciatic. În aceste cazuri sîntem datori să explorăm micul bazin, prin tușeu rectal și vaginal, pentru a ne da seama de o eventuală compresiune inflamatoare, neoplazică, de o sacrocoxalgie etc. ; este necesar, de asemenea, să examinăm fesa și coapsa corespunzătoare, pentru a vedea dacă nu este vorba de o tumoare, un abces, o injectită etc. În sciaticele secundare trebuie căutată leziunea primară (morbul Pott, cancerul vertebral secundar, un mielom, tumori intrarahidiene etc.). Uneori, la un bărbat tînăr, o sciatică basculantă amputată (durerea coboară numai pînă la genunchi și iradiază, uneori, pe fața anterioară a coapsei) este revelatoare pentru debutul unei spondilite anchilozante ; artrita dublă sacro-iliacă, diagnosticată radiologic, ne clarifică diagnosticul.

Din cele de mai sus rezultă că, în prezența unei lombosciatice, trebuie să căutăm factorii etiologici, bolile asociate și să le tratăm pe toate (sciatica, spondiloza, bolile asociate) ; numai astfel vom putea obține cel puțin o ameliorare persistentă.

Artrozele aparatului locomotor. Vom descrie, succint, numai cîteva.

Coxartroza sau artroza coxo-femurală este cea mai invalidantă ; ea poate fi : 1) de natură congenitală (survenind pe luxații congenitale) ; displazia simplă este forma cea mai ușoară dintre luxațiile congenitale care, în 25% din cazuri, sînt responsabile de existența unei coxoze ; întîlnim destul de frecvent și coxoze primare, în care nu se pot decela nici malformații congenitale, nici distrofii, nici alte cauze ; 2) secundară unei protruzii acetabulare, unei *coxa plana* sau *coxa vara;* 3) posttraumatică ; 4) secundară unei osteocondroze disecante ; un rezultat al vîrstei înaintate.

Adesea, coxoza se însoțește fie de boala Paget, fie de boala Perthes-König (osteocondrita disecantă).

Nu vom insista asupra simptomatologiei coxartrozelor ; amintim debutul insidios, cu dureri discrete, uneori mai accentuate în regiunea

Scanned with OKEN Scanner

inghinală, genunchi, mai ales la ridicarea în picioare. Bolnavul se plînge că oboseşte la mers şi are dureri în coapsă şi regiunea inghinală corespunzătoare. Flexarea coapsei pe bazin este păstrată, abducţia însă este limitată. Este important să punem un diagnostic precis, deoarece, în afară de coxozele primitive, care au o evoluţie progresivă şi în care tratamentul nu are decît un efect minor, coxozele secundare sînt legate de un defect congenital sau dobîndit ; acestea pot fi stabilizate şi corectate.

După de Sèze, coxozele pot fi clasate astfel : coxoze unilaterale sau bilaterale ; după topografie : coxoze cu pensare supero-externă, superioară sau internă ; după evoluţie : coxoze de debut, evolutive sau vechi ; după gradul de impotenţă : neinvalidante, mijlociu-invalidante şi foarte invalidante ; după etiologie : displazice congenitale (prin subluxaţii, protruzie acetabulară de natură congenitală) ; prin distrofii dobîndite în copilărie (*coxa plana,* alunecarea epifizară a capului femural, displazii spondilo-epifizare) ; după traumatisme, fracturi sau luxaţii.

Coxozele trebuie diagnosticate la început. Foarte important este să tratăm preventiv malformaţiile congenitale (displazia simplă sau subluxaţia congenitală), pentru ca să nu evolueze spre coxoze dureroase, invalidizante.

Coxoza cu protruzie acetabulară este puţin dureroasă şi evolutivă ; tratamentul corect aplicat (hidrocortizon local, kineziterapie, cure balneare şi medicaţie antialgică) dă rezultate bune.

Uneori, găsim coxoze cu simptome radiologice discrete, pe cînd la altele semnele radiologice sînt evidente, iar manifestările clinice sînt minime.

Coxartroza acetabulară se caracterizează printr-un cotil foarte profund, cu *coxa vara.* Coxartroza poate să fie secundară, cu pensare internă. Această coxartroză este de cele mai deseori lentă şi puţin dureroasă, reacţionînd la tratament medical. Este foarte important, la copil, să punem diagnosticul de luxaţie congenitală de la naştere şi să facem tratamentul. Simpla punere în abducţie a unui şold luxabil pe o atelă specială, fără gips, timp de cîteva luni, evită să se producă luxaţia, obţinîndu-se un şold normal (fără luxaţie sau displazie). În coxartrozele care nu sînt prea dureroase, pentru a lupta contra redorii sau atitudinilor vicioase, se recomandă agenţi fizici şi balneoterapie. Traumatismele din necroza capului femural pot duce la coxoză ; de asemenea, osteocondrita juvenilă a şoldului (boala Perthes), osteocondrita disecantă, boala scafandrilor pot să ajungă în evoluţia lor la coxoză.

Este important să precizăm diagnosticul de coxoză, deoarece nu toate durerile în articulaţia coxo-femulară sînt coxoze.

Scanned with OKEN Scanner

Mai întîi se precizează dacă este o coxoză primitivă sau secundară.

Coxozele primitive debutează după vîrsta de 60 de ani, prin dureri difuze, mai ales noaptea. Flexiunea coapsei pe bazin este normală timp îndelungat, mușchii adductori sînt nedureroși, mobilitatea este păstrată, dar bolnavul prezintă o atitudine vicioasă, frecvent în rotație externă, în general supero-externă, mai rar axială. Foarte frecvent întîlnim apariția precoce a osteofitelor în jurul articulației (osteofitoză perifoveală și marginală a capului) și o scleroză și îngroșare în partea posterioară a cotilului, unde găsim o coroană de osteofite. Cu timpul, capul ia forma de ciupercă, din cauza proliferării osteofitice în coleret. Adesea, formele primitive de coxartroză sînt bilaterale, îmbrăcînd forma progresivă, gravă.

Coxartroza secundară debutează spre vîrsta de 50 de ani. În antecedente descoperim un episod pasager, dureros, cu impotență funcțională la vîrsta de 1—3 ani ; cîteodată, remarcăm o întîrziere a mersului sau apariția unui puseu după naștere sau în timpul serviciului militar. Durerile sînt localizate la nivelul triunghiului Scarpa, fiind însoțite sau nu de gonalgie. Flexia coapsei este precoce redusă, în timp ce mișcările de abducție sînt mult timp păstrate ; amiotrofia este prezentă. Mobilitatea este redusă, cu atitudine vicioasă în rotație externă. În general, pensarea la debut este polară supero-externă, iar subluxația capului este în sus și în afară. Capul apare în „tampon de vagon" ; osteofitoza este internă subfoveală.

La început, afecțiunea răspunde la tratament (radioterapie, balneoterapie, tratament medicamentos).

Este important să precizăm diagnosticul de coxoză, pentru că nu toate durerile din regiunea coxo-femurală sînt coxoze. Astfel putem găsi dureri ale șoldului la nivelul formațiunilor periarticulare simulînd un șold dureros.

Amintim, de asemenea, osteomalacia cu fisuri sau cu pseudofracturi tip Looser-Milkmann, care, la femei în vîrstă, seamănă cu o coxoză bilaterală gravă.

Periartrita șoldului poate să simuleze o coxoză; aici abducția este normală, însă dureroasă ; radiografia ne clarifică. Trohanterita tuberculoasă a marelui trohanter și metastazele femurale pot să dea și ele un sindrom dureros al șoldului (în aceste afecțiuni durerile sînt violente și în repaus, pe cînd la bolnavii cu coxoză ele sînt absente în repaus).

Coxitele — fie tuberculoase (coxalgiile), fie reumatismale (P.R. — Sp.A.) — pot, în faza areactivă, să simuleze o coxoză.

Dacă în diagnosticul coxozei întîlnim uneori dificultăți, în tratament greutățile sînt și mai mari, pentru că aici trebuie să ținem cont

Scanned with OKEN Scanner

de stadiul coxozei, de forma clinică și de bolile asociate, așa cum reiese din observațiile pe care le prezentăm în cele ce urmează :

Obs. 1. — Bolnavul I. A., în vîrstă de 63 de ani, acuză dureri în articulația coxo-femurală stîngă, pentru care a făcut tratament în diferite stațiuni balneare. Bolnavul are dureri la mers și impotență funcțională la nivelul articulației coxo-femurale stîngi, care este deformată. De cîteva luni bolnavul acuză dureri și în articulația coxo-femurală dreaptă ; V.S.H., normală. Radio-

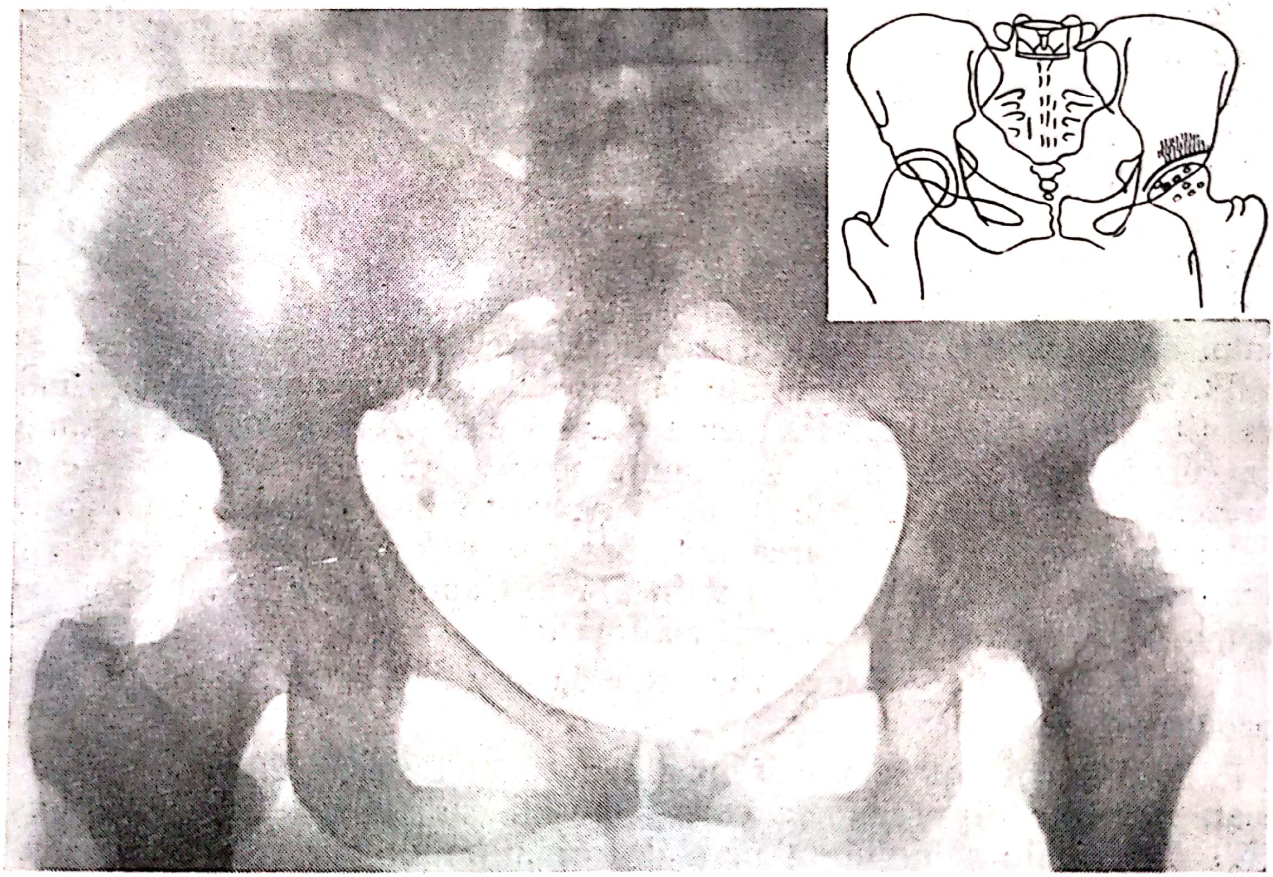

Fig. 9.

grafia de față a bazinului pune în evidență, la stînga, modificări de coxartroză foarte accentuate, cu deformări ale capului femural adiacent, cu sechele, probabil, ale unei boli Perthes. Radiografia articulației coxo-femurale drepte pune în evidență o îngroșare a acoperișului cavității cotiloide, cu discretă osteoporoză a capului femural alăturat. Diagnosticul : coxoză deformantă stîngă (Perthes) ; coxoză dreaptă incipientă prin hiperfuncție (fig. 9).

Cazul este interesant pentru faptul că arată modul în care coxoza stîngă deformantă a provocat, cu timpul, prin hiperfuncție, leziuni discrete în articulația coxo-femurală dreaptă.

Obs. 2. — Bolnava I. E., în vîrstă de 35 de ani, acuză dureri în șoldul stîng, genunchiul stîng și regiunea lombară. Debutul, în urmă cu 9 ani în articulația coxo-femurală stîngă ; de un an apare jena dureroasă la mers și în șoldul drept. Radiografia arată coxoză dublă mai accentuată în stînga. Examenul ginecologic precizează o parametrită cronică stîngă. Tratamentul în acest caz trebuie să țină cont și de boala asociată (parametrită).

Scanned with OKEN Scanner

Obs. 3. — Bolnavul V. V., în vîrstă de 37 de ani, se plînge de dureri în articulaţiile coxo-femurale, mai ales în dreapta, şi de dureri lombare. La 4 ani suferă un traumatism în şoldul drept. Diagnosticul : coxoză dreaptă, discopatie lombară. În cazul de faţă coxoza este mai veche, discopatia fiind secundară tulburărilor statice produse prin coxoză.

Obs. 4. — Bolnavul P. V., acuză dureri în articulaţia coxo-femurală bilateral, mai ales în stînga. Radiografia arată : displazie dreaptă ; luxaţie congenitală stîngă, semne incipiente de dublă coxoză.

Obs. 5. — Bolnavul V. A., în vîrstă de 54 de ani, vine la consultaţii pentru dureri în articulaţiile coxo-femurale, mai ales în stînga. Radiografia articulaţiilor coxo-femurale pune în evidenţă o coxoză dublă, cu predominanţă stîngă. În plus, bolnavul mai prezintă poliartroze şi tulburări neurovegetative. Cazul de faţă este important prin complexitatea lui : coxoză dublă, poliartroze şi tulburări neurovegetative.

Obs. 6. — Bolnavul M. L., în vîrstă de 52 de ani, se internează pentru dureri în articulaţia coxo-femurală dreaptă şi stîngă şi în regiunea lombară. Durerile în şoldul drept se accentuează la mişcări, iar mişcările sînt limitate ; în acelaşi timp apar dureri şi în coloana lombară.

Diagnosticul : coxoză dreaptă polară supero-externă ; spondiloză lombară.

Obs. 7. — Bolnava S. E., în vîrstă de 65 de ani, pensionară, se internează pentru dureri în ambele articulaţii coxo-femurale şi dureri lombare ; de 3 ani durerile au devenit mai intense. Radiografia arată : spondiloză lombară cu dezaxaţie, coxoză dreaptă polară superioară, discretă coxoză stîngă.

Cazul de faţă este important prin complexitatea lui. În efectuarea tratamentului trebuie să avem în vedere cele trei manifestări artrozice.

Din cazurile de mai sus deducem că bolnavii noştri aveau artroze multiple care au necesitat un tratament complex. Cele mai multe dintre cazuri însă au început cu o artroză care, neglijată, a atras după sine lezarea celorlalte articulaţii.

În terapia aplicată, obiectivele noastre au fost : 1) suprimarea durerilor ; 2) asigurarea celei mai bune funcţiuni articulare, conservînd mai întîi maximum de stabilitate şi asigurînd apoi mobilitatea ; 3) oprirea progresării leziunii ; 4) favorizarea, cît mai mult posibil, a conservării sau a reconstrucţiei armonioase a suprafeţelor osoase, deoarece cartilajul nu se repară ; aci va interveni chirurgia.

Toate acestea nu se fac decît printr-un tratament complex de reabilitare.

Gonartroza poate să fie de origine traumatică, statică, endocrină, vasculară etc.

Ca forme clinice ale gonartrozei notăm : forma lipartrozică, artroza uscată şi dureroasă, descrisă de Michotte, în care mişcarea de extensie în articulaţia genunchiului este limitată, astfel încît gamba se găseşte în permanenţă în uşoară flexie pe coapsă ; hidartroza puţin dureroasă, care apare mai ales după un traumatism, la bărbaţi.

Din punct de vedere radiologic, remarcăm în stadiul iniţial pensarea liniei femuro-rotuliene şi prezenţa de osteofite în partea superioară şi inferioară a rotulei. În stadiile mai tardive apar osteofite localizate la nivelul articulaţiei femuro-tibiale. Deci, atroza genun-

Scanned with OKEN Scanner

chiului începe femuro-rotulian ; aici remarcăm micşorarea spaţiului intraarticular şi îngroşarea subcondrală patelo-femurală ; uneori, în partea superioară şi inferioară a rotulei, găsim pe radiografie mici osteofite ; în stadiul acesta durerile sînt intermitente. În articulaţia genunchiului este dovedit că artroza începe în meniscuri ; meniscoza este leziunea primară din interiorul articulaţiei genunchilor. Clinic, meniscoza se manifestă prin dureri de genunchi care apar brusc, la suitul sau coborîtul unei scări, cu impotenţă funcţională pasageră. Deci, rolul pe care îl joacă leziunile meniscurilor în geneza artrozelor genunchilor este important, acestea fiind produse prin microtraumatisme, mai ales la sportivi.

În general, o atroză rezultă din dezechilibrul dintre rezistenţa ţesuturilor articulare şi presiunea existentă în articulaţie ; artroza femuro-patelară nu scapă de la această regulă. Pentru a împiedica formarea artrozei iniţiale patelo-femurale, trebuie să diminuăm forţa pe care o exercită muşchiul cvadriceps pe tibie şi să micşorăm, în acelaşi timp, rezultanta forţelor cu care se aplică rotula pe femur, adică să reducem în general presiunea femuro-patelară. Studiul mecanicii articulare aduce precizii şi face lumină în patogeneza artrozei ; trebuie să facem şi radiografia genunchilor de la început ; ea pune în evidenţă diagramele de presiune.

Cînd examinăm un genunchi dureros, după de Sèze şi colab., la mai mult de 50% din cazuri este vorba de gonartroză. Genunchiul dureros poate fi de origine traumatică, prin ruptură sau lezare de menisc, entorsă ligamentară, algodistrofii primitive sau reflexe, artrite infecţioase sau reumatismale ale genunchilor ; trebuie, de asemenea, să verificăm dacă nu este vorba de o afecţiune de şold, care, în mod reflex, interesează genunchiul.

Dintre artrite, putem să amintim : artrita gutoasă, tuberculoasă, spondilitică, reumatoidă etc.

Un diagnostic delicat este meniscoza genunchiului. Cînd o persoană prezintă clinic simptome de artroză a genunchiului, iar la radiografie nu găsim nimic, trebuie să ne gîndim la o deteriorare degenerativă a meniscurilor (meniscoză). Degenerarea meniscului se poate produce cu 2—3 ani înainte de apariţia semnelor clinice. Meniscoza nu este decît un mod de debut al unei artroze a genunchilor, este o stare preartrozică, fără semne radiologice. Examinate cu atenţie, meniscurile pot prezenta la examenul radiografic modificări în structură şi contururi (fig. 10). Cînd gonartroza este unilaterală, diagnosticul diferenţial trebuie făcut cu artrita gonococică, tuberculoasă, traumatică, osteocondrita disecantă a genunchiului, tumorile cu mieloplaxe, artropatia tabetică, monoartrita genunchiului din P.R. şi Sp. A., osteocondromatoza, genunchiul pagetic, tendinita „labei de gîscă“ şi apo-

fizita tibială anterioară (boala Osgood-Schlatter), sindromul algodistrofic posttraumatic tip Südeck-Leriche, artropatia psoriazică a genunchiului şi peritendinita genunchiului (boala Peregrini-Stieda).

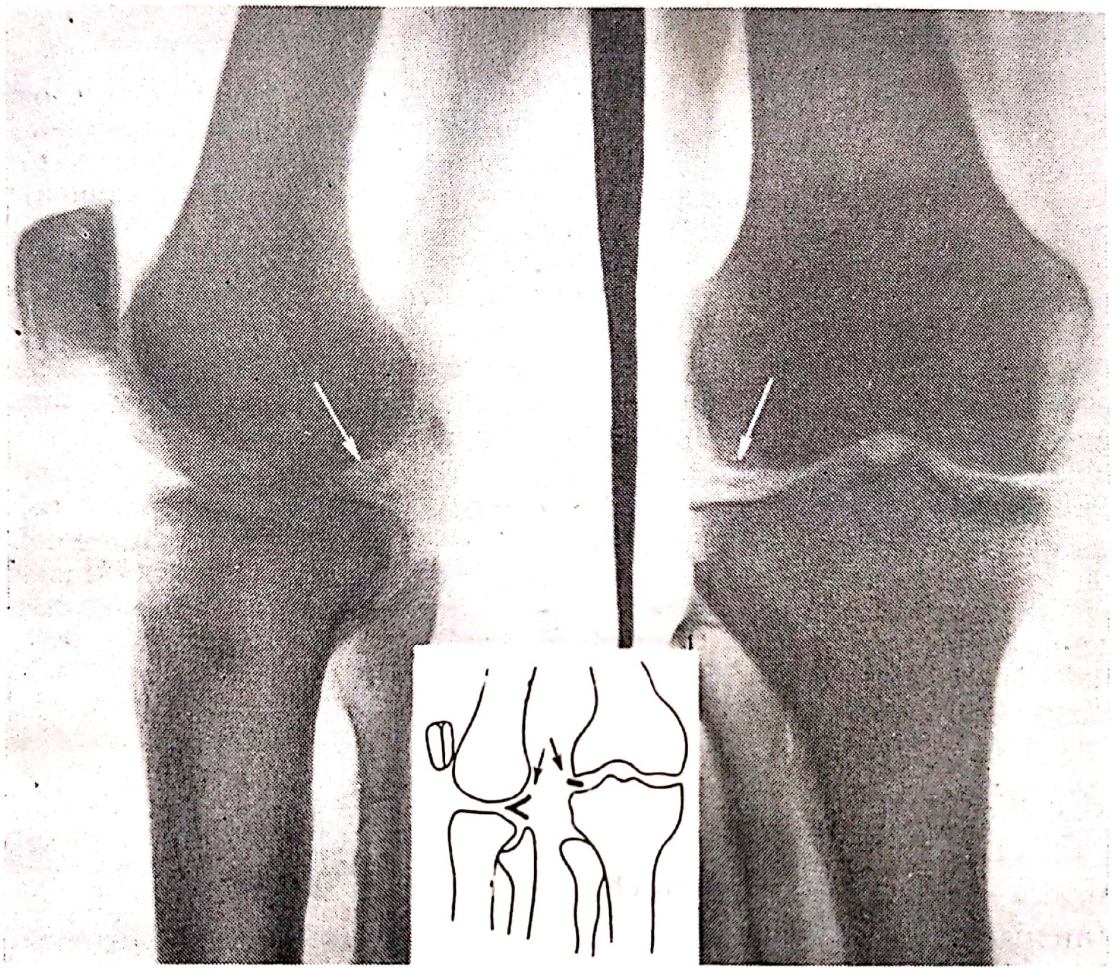

Fig. 10.

Artropatia gutoasă cronică a genunchiului este o localizare destul de frecventă a gutei ; tofii gutoşi se localizează pe faţa anterioară a genunchiului. Guta acută articulară se poate manifesta şi prin prezenţa de lichid în articulaţia genunchilor. Trebuie să facem o diferenţă între artroza anatomică sau radiologică a genunchiului, pe care o întîlnim frecvent pe radiografii ale genunchilor, care sînt nedureroşi, şi artroza clinică, care uneori devine dureroasă şi produce impotenţa intermitentă.

Cauzele transformării unei gonartroze radiologice într-una clinică sînt multiple : hiperfuncţia articulară, tulburările endocrine, infecţiile de focar şi cele generale, hiperuricemia, hipercolesterolemia, traumatismele, frigul, umezeala, stările carenţiale şi condiţiile de viaţă şi de muncă. Slăbirea este indicaţia terapeutică majoră în gonartroză.

Scanned with OKEN Scanner

În gonartroză nu se recomandă nici repaus complet, dar nici exerciţii obositoare. Toate tratamentele rămîn parţial ineficace, dacă nu tratăm o dată cu gonartroza şi bolile asociate pe care le găsim la bolnavul gonartrozic. Observaţiile pe care le prezentăm justifică cele susţinute anterior.

Obs. 1. — Bolnava I. D., în vîrstă de 52 de ani, se prezintă la consultaţii pentru dureri în ambii genunchi, cu impotenţă funcţională parţială. Este obeză, cu varice şi eczemă la nivelul membrelor inferioare ; în plus, prezintă hipertensiune arterială, constipaţie şi colibacilurie. Examenul radiologic confirmă diagnosticul de artroze ale genunchilor. Cu toate că tratamentul local al artrozelor a fost bine indicat, bolnava nu s-a ameliorat. Numai tratînd complet şi complex bolile asociate, concomitent cu tratamentul local, rezultatele au fost pozitive.

Obs. 2. — Bolnava C. T., casnică, în vîrstă de 67 de ani, acuză : dureri în articulaţia genunchilor, mai accentuate în genunchiul stîng, şi dureri în regiunea coloanei lombare. Durerile din genunchiul stîng datează de un an de zile.

Pe radiografia de faţă şi profil a genunchiului stîng se remarcă calcifieri evidente în partea internă şi externă a spaţiului articular femuro-tibial, care traduc un proces de calcifiere la nivelul meniscurilor (meniscoză) ; de asemenea, se observă ascuţirea spinelor tibiale, aspect care întăreşte şi mai mult suspiciunea de suferinţă la nivelul meniscurilor. Pe radiografia de profil, la nivelul articulaţiei patelo-femurale, se remarcă mici osteofite ţinînd de marginea posterioară a rotulei, care constituie un semn radiologic incipient de gonartroză.

Cazul de faţă arată că gonartroza a început cu o meniscoză şi mai tîrziu s-a evidenţiat, radiologic, prin semne de artroză patelo-femurală ; deci, artroza genunchiului începe iniţial la nivelul meniscului (meniscoză), cu semne discrete radiologice, interesînd apoi şi articulaţia patelo-femurală.

Artrozele întîlnite la nivelul piciorului sînt numeroase. Astfel artrozele *tibio-tarsiene* sau *subastragaliene* apar în urma fracturilor astragalului şi calcaneului sau în urma entorselor tibio-tarsiene, la obezi. Ca simptome amintim : dureri în mers, tumefacţii latero-maleolare, flexie şi extensie limitate şi semne radiologice de artroză cu deformaţii (osteofite marginale, pensarea spaţiului interarticular şi calcifiere subcondrală).

Artrozele medio-tarsiene se produc prin microtraumatisme, fracturi, şocuri, picioare plate şi se traduc prin dureri medio-tarsiene, limitarea mişcărilor şi semne radiologice caracteristice.

Artrozele tarso-metatarsiene sînt mai frecvente la femei cu tulburări statice (picior plat, valg, scobit). Ele se manifestă prin : tumefacţia dureroasă a feţei dorsale a piciorului, la marginea internă, şi osteofite la primul şi al doilea cuneiform.

Scanned with OKEN Scanner

Artroza metatarso-falangiană a halucelui (halux valgus) apare la oamenii în vîrstă şi la femei ; este în 50% din cazuri bilaterală, dînd dureri la mers.

Toate aceste artroze formează piciorul artrozic.

Un factor esenţial în apariţia artrozelor la nivelul picioarelor îl constituie piciorul plat, produs şi prin greutatea corporală (obezitate).

Picioarele plate cu artroze fixe pot surveni şi în P.C.E. şi artrita gonococică cronică ; picioarele ecvine se întîlnesc frecvent ca sechele după o poliomielită.

Piciorul artrozic se poate asocia cu guta, dînd piciorul gutos, sau cu diabetul, dînd piciorul diabetic.

Tratamentul artrozelor piciorului trebuie să fie complex, ţinînd cont de stadiul bolii, de starea întregului organism şi de bolile asociate. Cazurile ce vor fi expuse dovedesc cele susţinute :

Obs. 1. — Bolnava A. I., în vîrstă de 64 de ani, acuză dureri în picioare şi dispnee de efort ; este obeză, prezintă varice, cu tulburări circulatoare şi hipertensiune arterială. În urma examenului făcut, diagnosticul poate fi formulat astfel : picioare plate, artroze ale picioarelor, tulburări circulatoare, aortită cronică, bronşită cronică, obezitate, hiperuricemie, hipertensiune arterială, elefantiazis al gambelor.

În cazul de faţă nu este suficient să tratăm numai artrozele piciorului, trebuie să tratăm şi multiplele boli asociate şi complicaţiile lor.

Obs. 2. — Bolnava G. M., în vîrstă de 49 de ani, vine pentru dureri generalizate în toate articulaţiile, dar mai ales la nivelul gleznelor. Radiografia confirmă diagnosticul de artroze ale picioarelor şi poliartroze cu neuromialgii. Trebuie să tratăm, pe lîngă artrozele picioarelor, şi poliartrozele, dar mai ales tulburările endocrine metabolice şi obezitatea.

Artrozele membrelor superioare sînt mult mai rare.

Artrozele degetelor şi mîinilor se dezvoltă mai frecvent la femei, după vîrsta de 50 de ani ; apar în legătură cu menopauza. La bărbaţi sînt mai rare şi sînt în legătură cu microtraumatismele mîinilor ; expresia lor o constituie nodulii Heberden şi Bouchard.

Rizartroza policelui este însoţită de dureri la baza degetului mare, între primul metatarsian şi trapez.

O dată cu artrozele mîinilor putem întîlni retracţia aponevrozei palmare (boala Dupuytren) şi degetul „în resort" (extensia degetului este împiedicată printr-o rezistenţă datorită unui nodul pe tendonul extensorului, care afectează mişcările tendonului în teaca fibroasă).

Artrozele cotului se dezvoltă în urma traumatismelor profesionale, mai ales la minerii care lucrează cu perforatoare pneumatice sau la cei care perforează pavajul străzilor cu ciocane perforatoare ; mai sînt produse şi de traumatisme, după căderea pe cot etc.

Artroza umărului reprezintă cam 2% din afecţiunile umărului ; ea apare concomitent cu artroza acromio-claviculară şi cu artroza sterno-claviculară şi condro-sternală. Artroza umărului se poate con-

Scanned with OKEN Scanner

funda cu periartrita scapulo-humerală cronică. *Artroza temporo-mandibulară* se întîlneşte rar.

Toate aceste artroze descrise mai sus nu se întîlnesc izolat ; frecvent, o artroză localizată se asociază cu poliartroze şi neuromialgii.

Poliartrozele se pot asocia cu guta, infecţiile de focar, infecţiile catarale, cu afecţiunile reumatismale inflamatoare etc.

Toate aceste asocieri şi complicaţii schimbă evoluţia şi prognosticul poliartrozelor.

Noi am arătat, împreună cu Marin şi colab. de la Institutul de inframicrobiologie (acad. Nicolau), că rickettsiozele şi pararickettsiozele pot activa poliartrozele; de asemenea, am dovedit, în colaborare cu dr. Rîmneanţu şi dr. Civică, că unele poliartroze se transformă în P.R.; alteori, poliartrozele cu neuromialgii se asociază cu o componenţă psihogenă.

E. PERIARTRITA SCAPULO-HUMERALĂ (P.S.H.)

Umărul este sediul a numeroase procese patologice. Printre acestea P.S.H., sub diversele ei aspecte clinice, este sindromul dureros cel mai frecvent întîlnit.

Caractere particulare anatomice oreează o mobilitate deosebită acestei articulaţii şi favorizează apariţia sindromului dureros. Mobilitatea aceasta aparte este asigurată de cele 3 articulaţii care se descriu la nivelul umărului. Articulaţia scapulo-humerală propriu-zisă, formată din capul humeral şi cavitatea glenoidă a omoplatului, este menţinută de o capsulă subţire şi laxă ; în jurul ei însă, un puternic aparat musculoligamentar, dispus în 2 planuri, menţine strîns această articulaţie. Planul profund este format din tendonul bicepsului, care pătrunde chiar în articulaţie, şi un puternic manşon compus din muşchii : micul rotund, subspinos, supraspinos şi subscapular. Ei se termină printr-un tendon comun, larg, care acoperă capul humeral şi se inseră pe marea tuberozitate. Planul superficial este constituit de muşchiul deltoid care se inseră, pe de o parte, pe acromion şi, pe de alta, pe V-ul deltoidian humeral, formînd o boltă şi dînd forma umărului. Planul de alunecare dintre cele două straturi musculotendinoase, asigurat de un ţesut conjunctiv lax şi bursa acromio-deltoidiană, susţine cea de-a doua articulaţie a umărului. Clasic, aci este sediul tulburărilor patologice care se traduc clinic prin sindromul P.S.H. Cea de-a treia articulaţie, scapulotoracică, are importanţă minimă în patologia sindromului de care ne ocupăm.

De reţinut rolul important în mobilitatea umărului şi în special în mişcările de abducţie a muşchiului supraspinos. Acest muşchi mic, slab vascularizat, este cel care dă startul în mişcarea de abducţie şi

Scanned with OKEN Scanner

participă, în continuare, la efectuarea ei împreună cu deltoidul. Mişcarea de abducţie reprezintă însă cea mai mare parte a activităţii umărului şi constituie un surmenaj pentru acest muşchi, neadaptat condiţiei noi cîştigate, staţiunii bipede. Dacă luăm în consideraţie şi agresiunile pe care le suferă prin frecarea continuă în spaţiul strîmt dintre acromion şi marea tuberozitate a umărului, în timpul activităţii sale fiziologice, la care se adaugă cele suferite prin strivirea între aceste două proeminenţe osoase în căderile pe mînă, ne dăm seama că tendonul acestui muşchi este cel dintîi lezat şi suferinţa lui stă la baza unei bune părţi a patologiei sindromului scapulo-humeral. Leziunile tendonului lungului biceps — fie ruptura acestui tendon, fie tenosinovita lui, fie luxaţia — reprezintă substratul anatomic al unor aspecte clinice ale P.S.H. Leziunile bursei subacromio-deltodiene sînt în general secundare tendinitei supraspinosului şi erau considerate pînă de curînd ca cele care duceau la anchiloza umărului. Cercetări recente (de Sèze), au arătat că blocarea umărului este datorită unei capsulite retractile.

Frecvenţa destul de mare a umerilor blocaţi, stadiul ultim al sindromului scapulo-humeral şi care necesită luni de zile de tratament fizioterapic şi kinetoterapic, recuperarea fiind înceată, ne obligă la un diagnostic precoce pentru evitarea acestor urmări neplăcute.

Clinic, P.S.H. prezintă următoarele forme :

— umăr dureros ;

— umăr blocat acut sau cronic.

Umărul dureros simplu se caracterizează prin jenă dureroasă la mişcări. Durerea este discretă, dar continuă şi evidenţiată de unele mişcări uzuale (pieptănat, spălat, încheierea hainei la spate). Durerea apare de obicei insidios sau după un efort şi poate fi uni- sau bilaterală. Caracteristic este faptul că mişcările în umăr nu sînt limitate. La palpare se poate găsi un punct dureros subacromial, pe faţa anterioară a umărului ; uneori, se pot percepe craomente la mobilizare. S-a descris semnul „obstacolului dureros", care apare în timpul mişcării de abducţie a braţului la 45° ; este momentul cînd tendonul supraspinosului lezat este strivit între acromion şi marea tuberozitate a humerusului. O dată trecut de acest defileu, tendonul se eliberează, mişcarea de abducţie continuîndu-se fără dureri. Revenirea braţului produce acelaşi simptom. În general, după o evoluţie de cîteva săptămîni, durerea dispare, rămînînd o jenă numai la oboseală, frig sau umezeală ; alteori, însă, poate evolua către forma anchilozantă, fie printr-un puseu acut, fie insidios, cronic.

Umărul blocat acut poate reprezenta urmarea unui umăr dureros simplu sau să apară de sine stătător. Tabloul clinic este dominat de durerea extrem de vie şi imobilizarea completă a umărului. Durerea

Scanned with OKEN Scanner

este uneori insuportabilă (bolnavul nu-şi poate găsi locul, îşi ţine braţul lipit de corp şi îi este teamă să-l mişte). Medicaţia antialgică obişnuită rămîne fără efect. Durerea maximă este subacromială, corespunzînd capului humeral, fie la nivelul inserţiei deltoidului pe humerus, fie iradiind spre gît sau braţ şi antebraţ. La palpare putem depista cîteva puncte dureroase : unul antero-extern subacromial, imediat sub marginea anterioară a acromionului, corespunzînd inserţiei supraspinosului pe marea tuberozitate ; un punct imediat sub apofiza coracoidă sau mai jos de şanţul bicipital, unde se inseră tendonul subscapularului. Limitarea mişcărilor este datorită contracturii musculare. Mişcările de abducţie şi rotaţie externă sînt cele mai interesate (bolnavul nu se poate spăla, îmbrăca, pieptăna). Datorită violenţei durerilor apar insomnii şi stare de anxietate.

După o evoluţie de cîteva săptămîni, durerile se atenuează şi mişcările revin, rămînînd evidenţiate numai de anumite gesturi uzuale. Foarte des însă se trece în faza ultimă, de umăr blocat cronic.

Uneori, umărul blocat se instalează insidios, fără acest puseu acut. Durerea este de mică intensitate, în repaus braţul atîrnînd în lungul corpului. Palparea este totuşi dureroasă şi bolnavul nu poate dormi pe umărul bolnav.

La examenul obiectiv constatăm o blocare mecanică a umărului. La încercarea mişcării de abducţie, muşchii antagonişti — adductorii, marele pectoral şi marele dorsal — nu se contractă ; deci nu contractura musculară este în cauză, ci o retracţie capsulară, aşa cum reiese din ultimele cercetări.

În general, la examenul radiologic, în special în umărul dureros simplu, nu găsim modificări patologice. Integritatea articulaţiei glenohumerale este constantă. În cazul umerilor blocaţi, după un timp de evoluţie, se poate decela o osteoporoză a capului humeral.

Într-un anumit număr de cazuri, examenul radiologic permite decelarea unor calcifieri periarticulare. Existenţa acestor calcifieri, apreciată de unii ca puţin frecventă (de Sèze), de alţii cam în 50% din cazuri (Comroe), depinde şi de tehnica radiologică, şi de densitatea acestor formaţii calcare.

Unele calcifieri mai puţin dense nu sînt relevate decît de raze moi, altele sînt ascunse de capul humeral şi nu se pot pune în evidenţă decît prin radiografii din mai multe incidenţe. În general, sediul calcifierilor este în tendoanele rotatorilor umărului şi în special în supratendinos.

De notat prezenţa calcifierilor radiologic, în absenţa oricărui simptom clinic.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste calcifieri pot dispărea prin resorbție lentă. Apariția unei periartrite acute poate fi datorită acutizării bruște a procesului de tendinită a supraspinosului în bursa subdeltoidiană.

În cadrul bolii reumatismale diagnosticul diferențial al P.S.H trebuie făcut cu formele atipice de poliartrită reumatoidă — forma monoarticulară —, unde alterarea stării generale, creșterea vitezei de sedimentare, pozitivitatea probelor pentru factorul reumatoid ne deslușesc diagnosticul.

Spondilita anchilopoietică, forma Strumpell-Pierre-Marie sau forma periferică, trebuie luată în discuție. Sexul masculin, sacroileita bilaterală, V.S.H. crescută precizează diagnosticul.

Artroza scapulo-humerală trebuie avută în vedere în special la persoanele care suferă microtraumatisme permanente ale umărului (lucrătorii cu ciocanul pneumatic, poștașii). Confirmarea diagnosticului o face examenul radiologic, care decelează osteofitoza cavității glenoide, pensarea interliniei articulare, eburnarea suprafețelor articulare.

Artroza acromio-claviculară este confirmată tot de examenul radiologic prin pensarea spațiului interarticular și prezența de osteofite.

Sindromul umăr-mînă se diferențiază de P.S.H prin apariția tulburărilor vasomotorii, edem, roșeață locală, hipersudorație la nivelul mîinii, simptome care însoțesc umărul dureros.

Diagnosticul diferențial se face și cu afecțiuni nereumatismale, cum sînt :

— osteoartrita tuberculoasă, în cadrul căreia găsim semne de impregnație bacilară generală, adenopatie axilară, iar radiologic, osteoporoză și eroziuni ;

— artritele infecțioase — stafilococică, gonococică, pneumococică —, în care starea generală alterată, febra, frisoanele, semnele de inflamație locală intense, focarele de infecție genitale sau cutanate orientează diagnosticul ;

— tumorile maligne — osteosarcomul, granulomul eozinofil, metastazele ; examenul radiologic precizează diagnosticul.

Foarte important de reținut este că un infarct miocardic poate debuta prin semnele umărului dureros. În consecință, un examen atent al inimii se impune totdeauna.

Depistarea precoce a periartritei și aplicarea unui tratament corect sînt de mare importanță pentru evoluția ulterioară, îndepărtînd în felul acesta suferințele inutile ale bolnavului, un tratament îndelungat și o muncă de reeducare de luni de zile, uneori.

Scanned with OKEN Scanner

F. SINDROMUL ALGODISTROFIC

„Algodistrofia simpatică" (de Sèze) sau „reumatismul neurotrofic" (Ravault) este un sindrom conturat destul de recent, caracterizat prin dureri, tulburări vasomotorii și trofice, localizat în special la membrele superioare (sindrom umăr-mînă Steinbrocker) și mai puțin la cele inferioare, în patogenia căruia, încă incomplet elucidată, se incriminează tulburări ale inervației neurovegetative ale membrului afectat. În general sindromul algodistrofic nu este considerat ca o boală autonomă, ci ca un sindrom care apare datorită unor cauze multiple : traumatisme, intervenții chirurgicale, afecțiuni toracice, cervicartroze, sindroame neurologice. În 30% din cazuri, cauza nu poate fi decelată și sindromul este considerat primitiv, idiopatic.

Apariția acestui sindrom este mai frecventă la persoanele cu un fond de instabilitate neurovegetativă.

Următoarele fapte susțin explicația patogenică prin perturbări ale inervației neurovegetative : brutalitatea apariției unor sindroame umăr-mînă, ameliorarea evidentă după infiltrația cu novocaină a ganglionului stelat sau denervația simpatică, prin ganglionectomie, a membrului afectat.

Sindromul evoluează în 2 faze : una algică, de debut, și o a doua de instalare a tulburărilor trofice.

Debutul bolii este de obicei insidios, cu dureri în articulația scapulo-humerală sau cu o criză dureroasă, tip nevralgie cervicobrahială, urmată de tumefierea mîinii și redoare articulară ; excepțional mîna este prinsă inițial, atingerea umărului evoluînd într-un al doilea timp. Mai rar debutul este acut, și aceasta mai ales în formele posttraumatice, printr-un edem brutal, mai mult sau mai puțin intens, al mîinii, care cuprinde, uneori, și antebrațul, întovărășit de dureri vii, roșeață locală, adesea febră, dînd impresia unui flegmon sau a unei artrite acute. Atingerea este unilaterală și, în mod obișnuit, bipolară, cuprinzînd umărul și mîna, mai des în dreapta. Într-o treime din cazuri este bilaterală, așa-numitele „algodistrofii duble", fie inițial, fie secundar, sindromul păstrînd în cursul evoluției o predominanță unilaterală. Localizarea la cot este rară.

Simptomatologia sindromului umăr-mînă în prima fază este caracterizată prin :

1. Sindrom dureros care se instalează rapid, predomină tabloul clinic și lipsește foarte rar ; este durabil, iar intensitatea sa este variabilă. Durerea poate fi vie, lancinantă sau sub forma unor arsuri profunde, mișcarea, ca și presiunea pe umăr sau mînă, declanșînd paroxisme dureroase. Mai rar ea este moderată, se calmează în repaus și se exacerbează la mișcare. Excepțional, sindromul evoluează indolor. Membrul afectat este dureros în ansamblu, cu maximum de intensitate

Scanned with OKEN Scanner

la nivelul umărului şi mîinii, impotent funcţional ; bolnavul şi-l mobilizează cu precauţie.

2. Edem segmentar, localizat la mînă, uneori se poate extinde spre antebraţ, este dur şi nu lasă godeu. Alteori, se citează tumefierea dureroasă de însoţire a articulaţiei sterno-claviculare. Mîna este în întregime tumefiată, degetele iau aspect de „cîrnat", tegumentele îşi modifică aspectul şi mişcările sînt limitate.

3. Modificări ale pielii care constau în roşeaţă locală, uneori cianoză, aspect lucios, întins. Temperatura locală creşte, apar tulburări vasomotorii care evoluează cu hipersudoraţie uneori de tip sindrom Raynaud.

4. Redoare articulară obligatorie, localizată pe umăr, care ia aspectul unei periartrite scapulo-humerale anchilozante, cu limitarea dureroasă mai ales a mişcărilor de abducţie şi rotaţie ; cotul, ca şi pumnul, este liber în general.

5. Indice oscilometric crescut. Studiile pletismografice arată o creştere a fluxului sanguin în mîna interesată.

Această fază durează 3—6 luni în medie, după care se instalează, insidios, faza a doua de tulburări trofice, asupra căreia nu insistăm, neîncadrîndu-se în subiect.

Radiologic, găsim osteoporoză difuză, tigrată, a tuturor oaselor mîinii. În unele cazuri, osteoporoza interesează şi oasele antebraţului şi capul humeral. Niciodată spaţiul articular nu este afectat, iar conturul osos îşi păstrează integritatea (fig. 11).

Tabloul clinic al sindromului algodistrofic poate fi, uneori, diferit de descripţia schematică pe care am dat-o. Astfel, periartrita scapulo-humerală poate să domine simptomatologia, semnele de interesare a mîinii fiind discrete ; invers, afectarea mîinii poate predomina sau să apară izolat (formă unipolară). Nu sînt rare cazurile cînd interesează ambele membre superioare, după cum am mai amintit (forme bilaterale). Localizări analoge ale sindromului se pot întîlni şi la membrele inferioare, unde îmbracă următoarele aspecte : forme localizate la picior, forme localizate la genunchi, forme bipolare. Algodistrofiile piciorului sînt de obicei foarte dureroase, însă se pot întîlni şi forme indolore, cînd predomină edemul labei piciorului şi al gleznei, însoţit de redoare articulară, iar radiologic găsim osteoporoză tigrată caracteristică.

I. Stoia a descris algodistrofii apărute la membrele inferioare evoluînd cu sindrom de lombosciatică după intervenţia operatorie pentru hernie de disc şi algodistrofii interesînd membrul superior şi inferior.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul diferenţial al sindromului algodistrofic privit în sensul unei afecţiuni cu simptomatologie articulară şi alură reumatismală trebuie făcut cu :

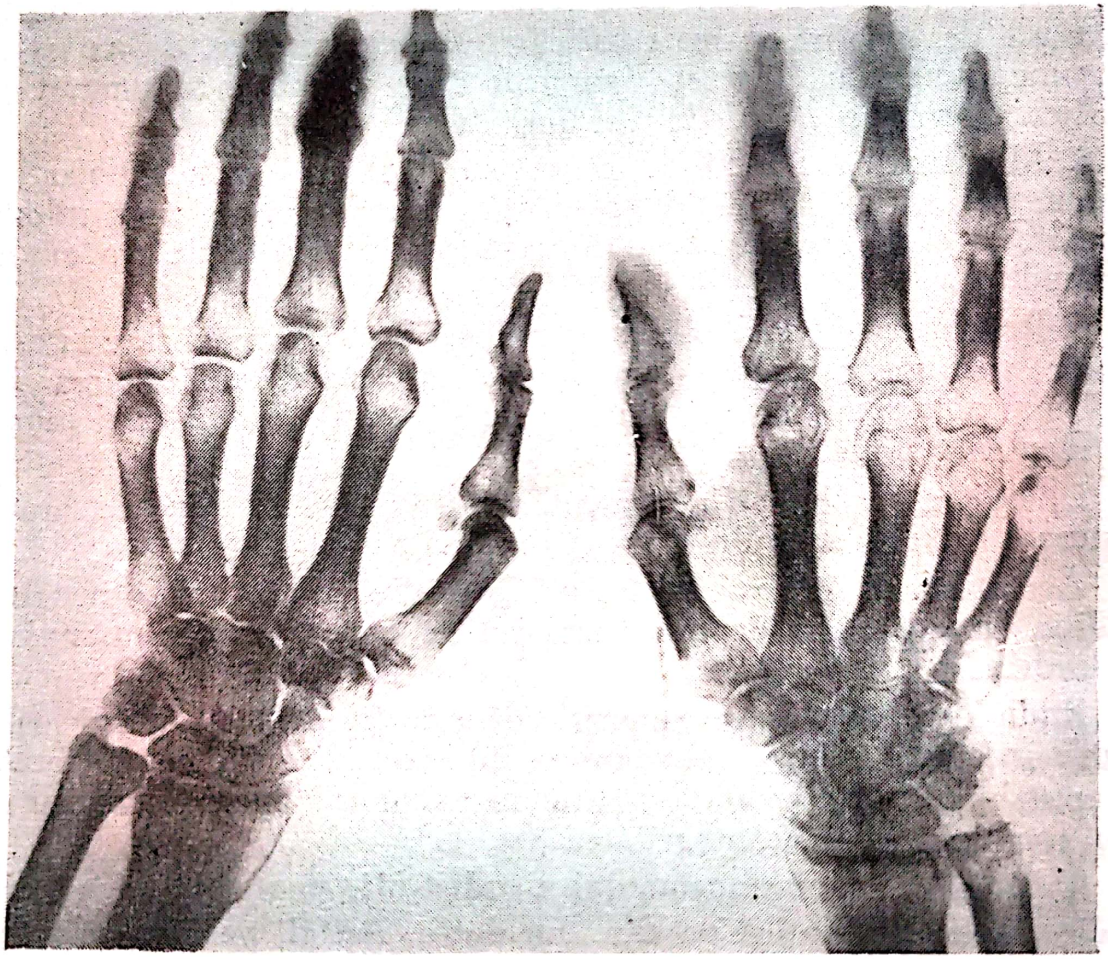

Fig. 11.

— Poliartrita reumatoidă, în special cu formele atipice de debut unilateral şi cu formele ectosimpatozice, unde însă vom găsi V.S.H. crescută, reacţiile latex şi Waaler-Rose pozitive, iar examenul radiologic arată osteoporoză subcondrală, îngustarea spaţiului articular.

— Accesul de gută la care vom găsi însă inflamaţia unei singure articulaţii (metatarso-falangiană 1, de obicei), hiperuricemie, exacerbări nocturne ale durerii şi care apare, de obicei, la un bărbat pletoric.

— Artrita tuberculoasă, în care antecedentele bacilare, starea generală alterată, subfebrilităţile, V.S.H. crescută orientează diagnosticul.

— Artritele secundare, în special cea gonococică, forma flegmonoasă. Infecţia uretrală în antecedente este edificatoare.

Scanned with OKEN Scanner

— Flebitele de efort, flebitele *postpartum,* în special în sindroamele algodistrofice ale membrelor inferioare. Febra, cordonul venos indurat, edemul ce lasă godeu, circulaţia colaterală exclud algodistrofia.

Un diagnostic precizat în această fază preîntîmpină instalarea tulburărilor trofice care sînt greu reductibile sau destul de frecvent ireductibile, scăzînd capacitatea de muncă a bolnavului. Tratamentul recuperator este dificil şi de lungă durată.

Scanned with OKEN Scanner

II. CONTRIBUȚIA EXAMENELOR CLINICO-RADIOLOGICE ÎN INDIVIDUALIZAREA TRATAMENTELOR DE RECUPERARE

Unul dintre principalele criterii de individualizare a tratamentelor de recuperare în domeniul reumatologiei este stabilirea cît mai exactă a formei clinice pe care o îmbracă afecțiunea reumatică respectivă și a stadiului lezional anatomo-radiologic. Numai studiind amănunțit tipul lezional determinat de boală, care este diferit de la caz la caz, putem aprecia consecințele biomecanice care rezultă de aici și gradul compromiterii funcționale a unor gesturi uzuale și profesionale. Pe această bază se poate apoi elabora un plan de recuperare funcțională corect individualizat.

În partea întîi a acestui capitol s-au analizat, amănunțit, posibilitățile de a pune un diagnostic cît mai precoce al afecțiunilor reumatice care determină deficiențe motorii, înainte de a se fi produs leziuni anatomice ireversibile, ceea ce permite aplicarea tratamentelor de recuperare cu mai mari șanse de succes. Dar, numeroase sînt încă acele cazuri care ne solicită aplicarea tratamentelor de recuperare într-un stadiu lezional mai avansat, cu un prognostic funcțional mai sever, ridicînd probleme de recuperare complexe și dificile.

Deci se impune cunoașterea temeinică nu numai a problemelor de diagnostic precoce, dar și a stadiilor lezionale mai mult sau mai puțin avansate, al căror polimorfism pretează adeseori la erori diagnostice și la tratamente necorespunzătoare. Pe de altă parte, în domeniul recuperării, punerea unui diagnostic nu este suficientă, fără a se preciza tipul și stadiul lezional anatomo-radiologic și fără a se studia tulburările biomecanice determinate de aceste leziuni.

Scanned with OKEN Scanner

Dată fiind importanța deosebită a examenelor clinico-radiologice pentru individualizarea și dirijarea corectă a tratamentelor de recuperare, vom prezenta o serie de cazuri clinice, insistînd asupra inter-

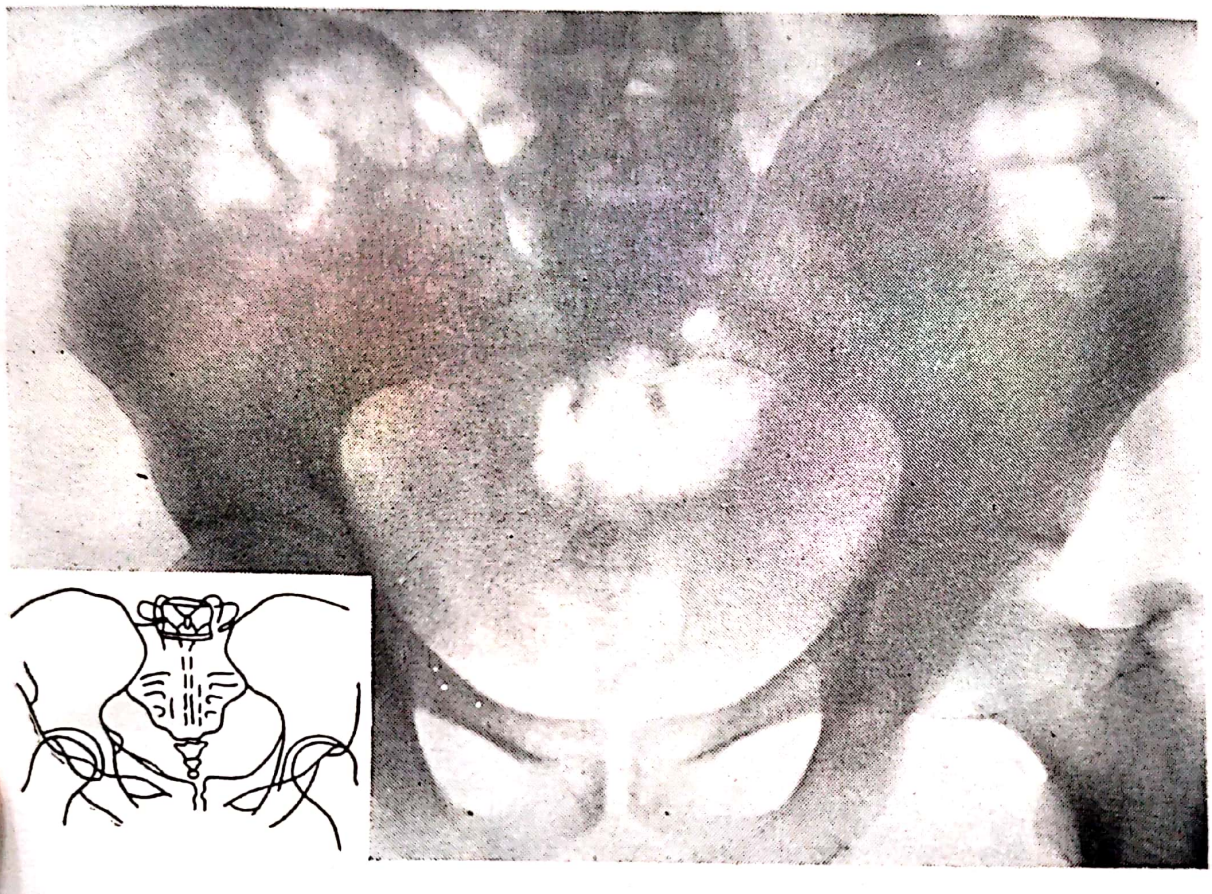

Fig. 12.

pretării examenelor radiologice și asupra unor corelații clinico-radiologice, în funcție de forma de boală și stadiul lezional.

Obs. 1. — M. S., electrician, în vîrstă de 40 de ani, prezintă : lombalgii persistente, cu contractură musculară paravertebrală ; iradiații dureroase pe sciaticul stîng ; limitarea parțială a flexiei lombare ; Lassègue stîng slab pozitiv ; semnul tusei negativ ; examenul clinic general și examenele biologice, normale. Pe radiografia bazinului de față se poate observa o insuficientă vizualizare a spațiilor articulare sacro-iliace, care iau aspectul de „șterse" (fig. 12).

Am executat acestui bolnav și două radiografii cu înclinare, separat pentru fiecare articulație sacro-iliacă. Prin această metodă am obținut evidențierea completă a spațiului și a suprafețelor articulare, care prezintă un aspect normal (fig. 13 și 14).

Metoda radiografiilor cu înclinare pentru articulațiile sacro-iliace este curent folosită în Serviciul de radiologie al Centrului de reuma-

tologie şi completează, cu succes, radiografiile clasice ale acestor articulaţii. Metoda constă în radiografierea separată a fiecărei articulaţii sacro-iliace, înclinînd bazinul bolnavului cu 15—30° faţă de planul

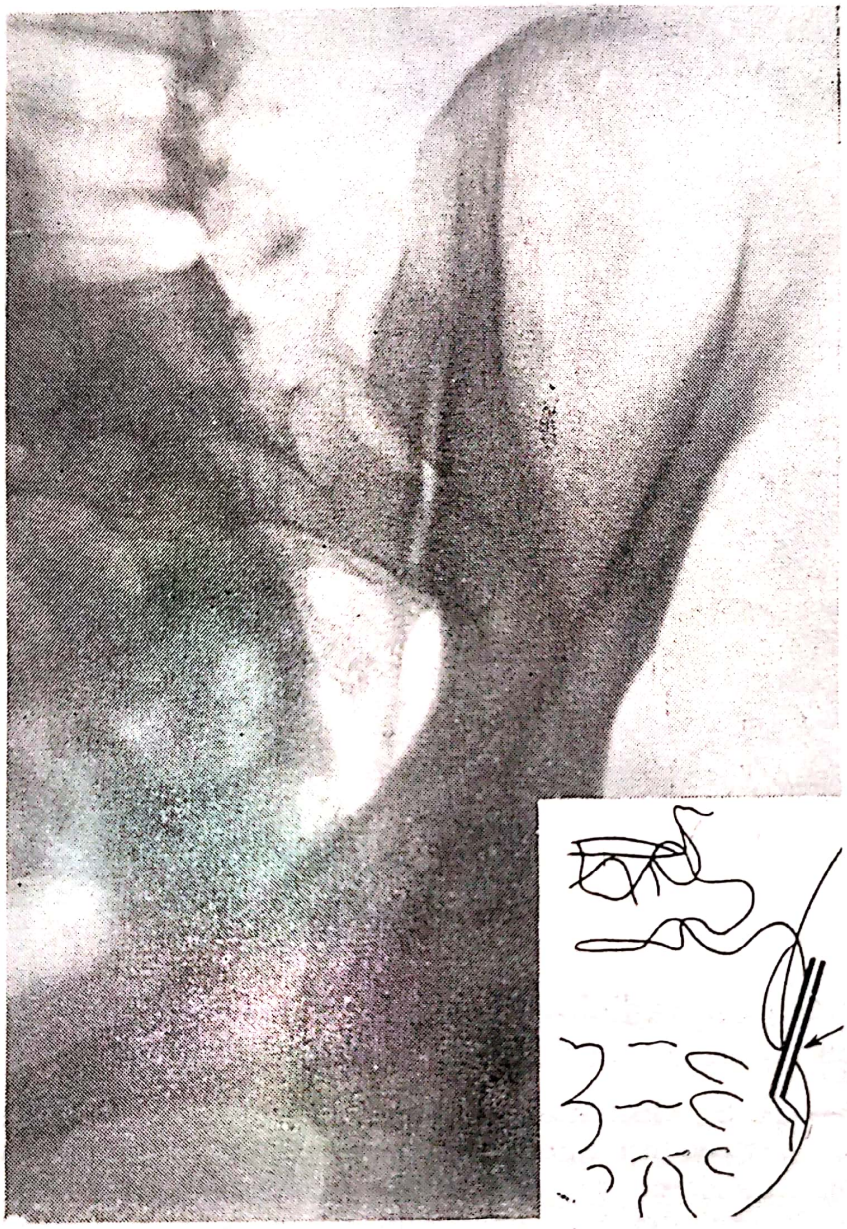

Fig. 13.

mesei, pleoînd de la decubitul dorsal, raza centrală intrînd pentru articulaţia dreaptă cam prin dreptul punctului Mc Burney, iar la stînga prin omologul său.

Variaţia înclinării bazinului este legată de aspectul radiologic al articulaţiilor sacro-iliace pe care îl oferă radiografia clasică a acestor articulaţii.

Scanned with OKEN Scanner

Metoda aceasta a fost descrisă prima dată de algerianul Coriat, iar noi o folosim împreună cu metoda clasică de radiografiere a articulaţiilor sacro-iliace.

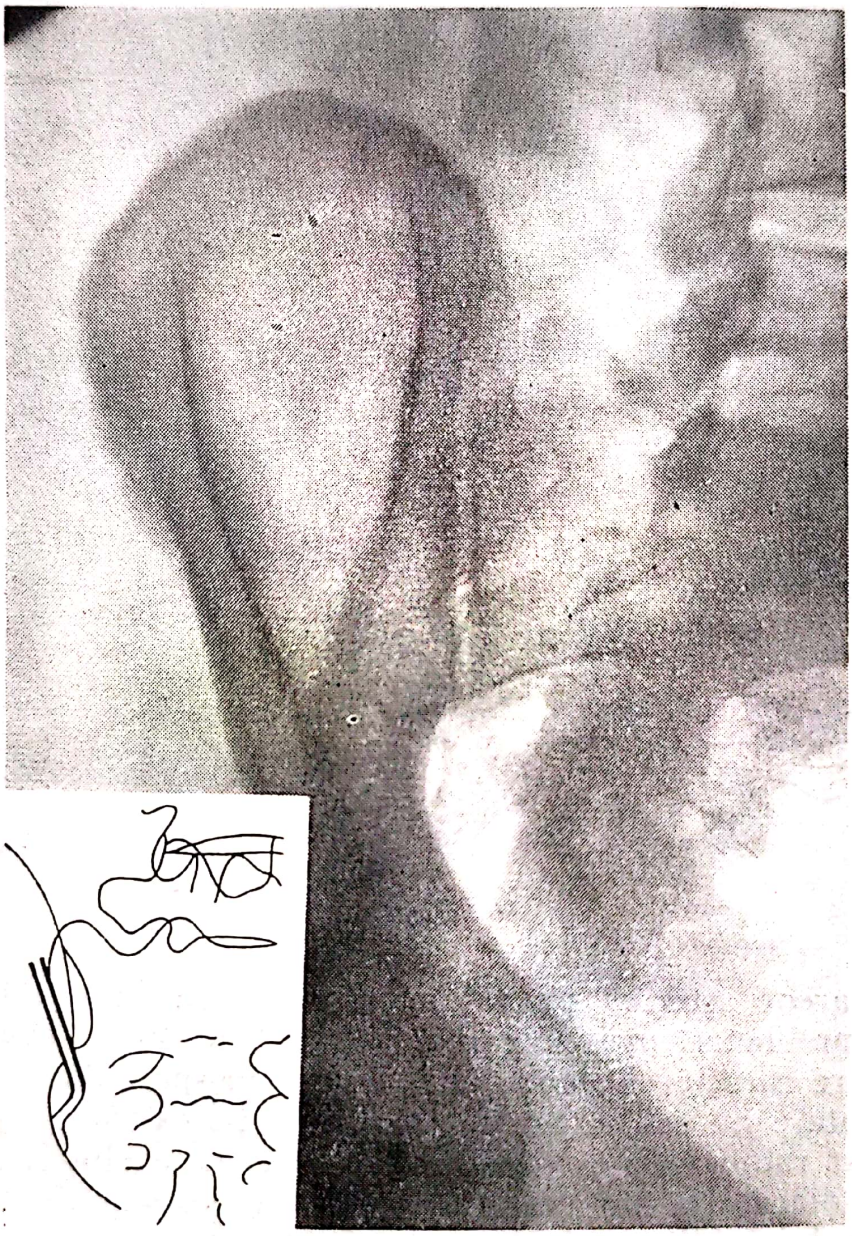

Fig. 14.

Mai utilizăm în Serviciul de radiologie şi metoda radiografierii simultane a articulaţiilor sacro-iliace, cu bolnavul aşezat în decubit ventral, metodă iniţiată de Colliez ; de asemenea folosim şi metoda Logroscino.

Menţionăm că aceste metode le folosim diferenţiat, de la caz la caz, în funcţie de starea bolnavului, de posibilităţile tehnice şi de imaginile radiologice oferite de clişeele standard.

Scanned with OKEN Scanner

Cazul anterior prezentat, — prezența unei lombalgii cronice, însoțită de redoare și contractură musculară paravertebrală persistentă, la un bărbat cu o radiografie lombară de aspect normal și cu sacro-

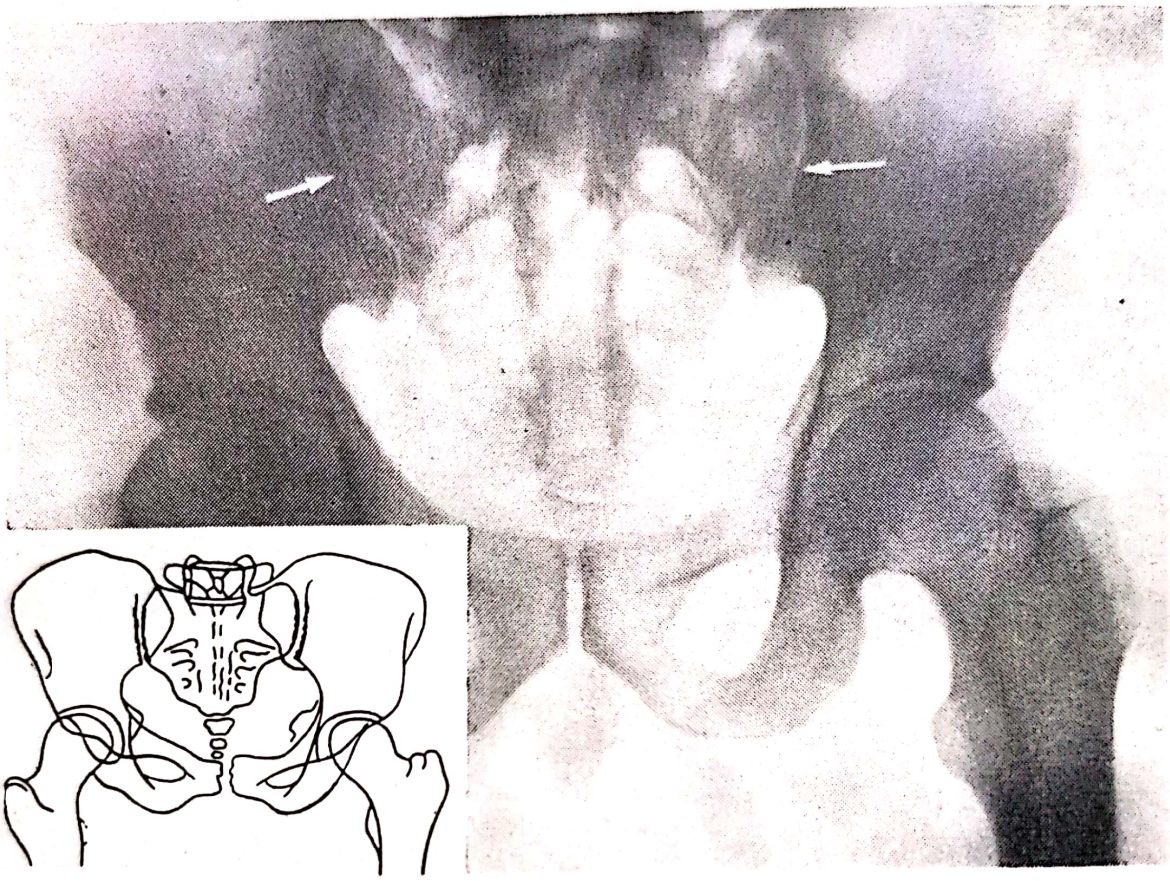

Fig. 15.

iliacele aparent „șterse" pe radiografia clasică (inițială) — desigur că ridică problema unei spondilartrite anchilozante. Dar lombosciatalgia nu are caracterul „basculant" descris în spondilartrite, iar viteza de sedimentare nu este crescută ; pentru a putea lămuri diagnosticul, am efectuat radiografiile cu înclinare, care au exclus net orice afectare sacro-iliacă. Ne-am orientat către diagnosticul de lombosciatică stîngă nevralgică (discopatică).

Rezultă de aici importanța efectuării examenelor clinico-radiologice amănunțite, pentru precizarea diagnosticului unor lombalgii și a localizării leziunilor, înainte de începerea oricărui tratament.

În cazul descris, tratamentele reumatologice care ar fi fost indicate pentru prima ipoteză diagnostică sînt cu totul diferite față de cele utilizate în diagnosticul care s-a precizat ulterior.

Obs. 2. — C. G., sudor, în vîrstă de 32 de ani ; boala a debutat cu poliartralgii, urmate de apariția unor persistente dureri în regiunea lombară. Viteza de sedimentare este crescută (20—41 mm). Radiografia clasică de bazin

Scanned with OKEN Scanner

arată, la nivelul articulațiilor sacro-iliace, neregularități ale fețelor (cu aspect „zimțat") și ale spațiului articular adiacent, luînd aspectul bine cunoscut în „margine de timbru" (fig. 15).

Radiografia segmentului toraco-lombar de față arată prezența unui mic sindesmofit, pe fața laterală stîngă a vertebrei L_1 (fig. 16).

Prezența celor două semne obiective radiografice (leziunile articulațiilor sacro-iliace și sindesmofitul discret de la nivelul vertebrei L_1), coroborate cu semnele clinice și de laborator, precizează diagnosticul de spondilartrită anchilozantă (cu sacro-ileită în stadiul I), cu manifestări periferice.

În cazul de față se putea pune și ipoteza unei poliartrite reumatoide. Examenul radiologic ne permite însă să excludem poliartrita reumatoidă.

Diagnosticul destul de precoce pus în acest caz ne-a dat posibilitatea de a aplica un tratament de recuperare eficace. Pe marginea acestui caz subliniem, de asemenea, că în fața unor artrite periferice, problemele de tratament și recuperare pot să depășească cadrul strict al acestora, întrucît, uneori, ele pot constitui expresia unei spondilartrite periferice, pe care trebuie să știm să o depistăm.

Obs. 3. — C. T., strungar, în vîrstă de 30 de ani. Boala debutează în urmă cu 4 ani prin dureri persistente în coloana lombară, urmate de prinderea centurii scapulare (cu dureri și limitarea mobilității articulațiilor umerilor). Viteza de sedimentare : 37—55 mm.

Radiografia de bazin prezintă, alături de neregularitățile spațiilor articulare sacro-iliace și ale fețelor alăturate, „plaje" întinse și intense de condensare osoasă în vecinătatea spațiului articular, iar la nivelul ischionului se pot remarca neregularități ale corticalei acestuia traducînd un proces de periostoză (descris prima oară de Krebs) (fig. 17).

Ne-am orientat către o spondilartrită anchilozantă tip Strümpel-P. Marie, ca principală ipoteză diagnostică.

Radiografia confirmă lezarea sacro-iliacelor bilateral, dar aduce și ceva deosebit (întinderea pe o suprafață foarte mare a zonelor de condensare osoasă, care, de obicei, sînt doar subcondrale), impunînd un diagnostic diferențial cu osteoza iliacă condensantă (afecțiune întîlnită la sexul feminin, care apare după o naștere sau un traumatism, manifestată prin lombosacralgii, cu iradiații crurale sau fesiere, cu V.S.H. normală și care, radiologic, prezintă, de asemenea, zone de condensare osoasă juxtaarticulară, dar cu interliniul articulațiilor sacro-iliace normal).

Sindromul clinic și biologic confirmă, de asemenea, diagnosticul de spondilartrită, forma Strümpel-P. Marie.

În acest caz am putut deci aplica tratamentul de recuperare a spondilartritei, fără să fie nevoie de alte investigații, într-o fază nu prea avansată, cu rezultate bune.

Obs. 4. — Gr. I., mecanic, în vîrstă de 26 de ani ; prezintă la vîrsta de 19 ani dureri și redoare în coloana lombară, puseurile dureroase fiind separate prin perioade lungi de acalmie, iar la vîrsta de 25 de ani apar dureri importante în articulațiile coxo-femurale, bilateral, cu limitarea progresivă a mobilității.

La internare, viteza de sedimentare era crescută (59—84 mm).

Radiografia de bazin prezintă : la nivelul articulațiilor sacro-iliace, neregularități ale spațiului și fețelor, dîndu-le un aspect „moniliform" și avînd zone liniare de condensare subcondrale, pe un fond de osteoporoză a segmentelor adiacente ; în plus, cavitățile cotiloide sînt condensate în părțile lor superioare.

La partea liberă a capului femural se schițează mici osteofite, iar conturul *foveei capitis* este neregulat și *„estompat"* (fig. 18).

Scanned with OKEN Scanner

Față de cazul precedent, bolnavul acesta vine într-o fază ceva mai avansată (sacro-ileită de gradul II), avînd în plus leziuni incipiente în articulațiile coxo-femurale, predominant la stînga.

Se putea pune diagnosticul încă de la debut (în urmă cu 6 ani)?

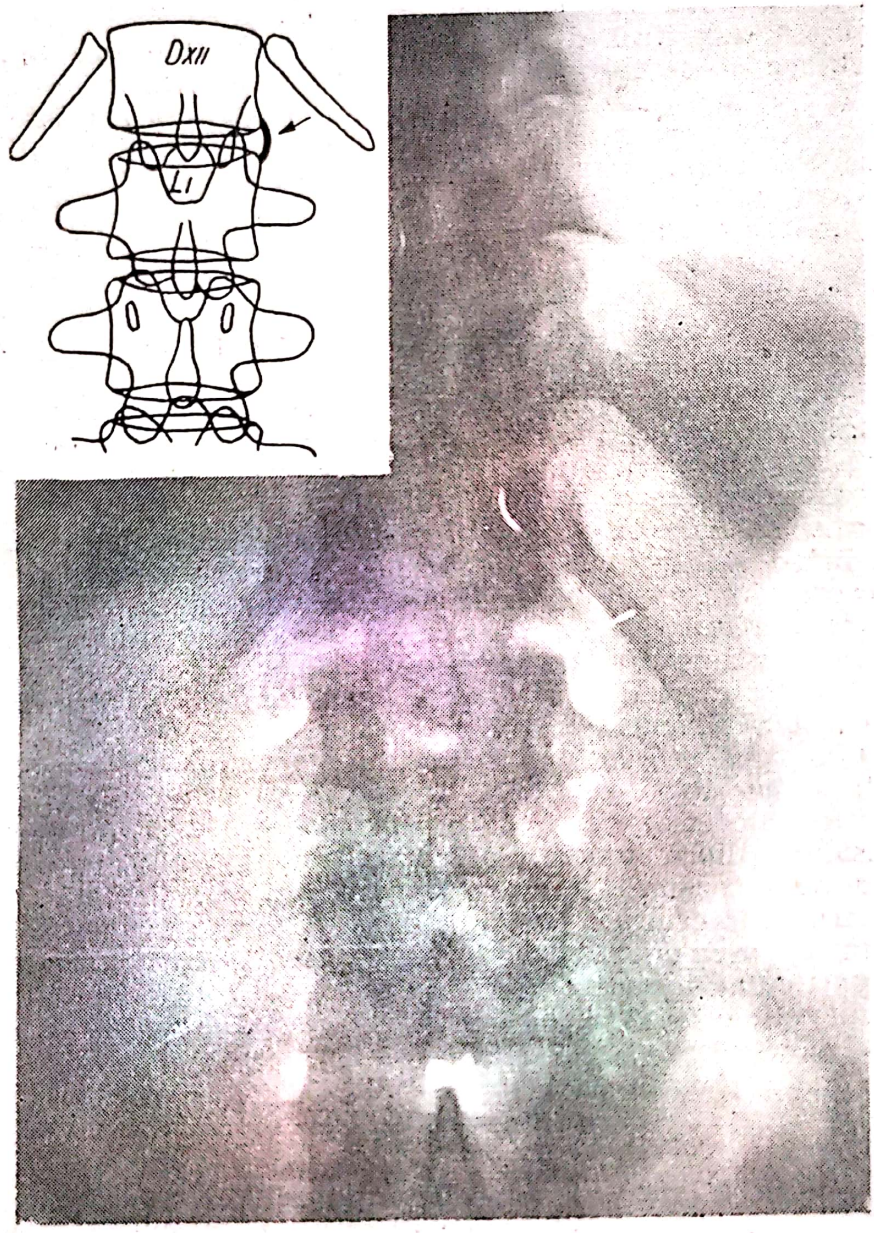

Fig. 16.

Este greu de spus retrospectiv, întrucît nu știm ce leziuni radiografice prezenta. Însă în acest caz clinica avea primul cuvînt. O durere lombară persistentă, la un bărbat tînăr, fără a fi fost precedată de un traumatism, și care are caracterul de durere de tip inflamator (exacerbată în a doua jumătate a nopții), cu ascensiuni ale vitezei de sedimentare, cu pierderi în greutate etc., trebuia să sugereze această ipoteză, care impunea un examen radiografic precoce al articulațiilor sacro-iliace și aplicarea unor tratamente precoce.

Scanned with OKEN Scanner

Obs. 5. — Bolnava R. L., de 34 de ani, cooperatoare, se internează pentru o afecțiune care a debutat la vîrsta de 24 de ani prin lombalgii persistente ; ulterior au apărut dureri și tumefacții la nivelul articulațiilor periferice. La 6 ani de la debut s-au adăugat dureri și limitarea mobilității în

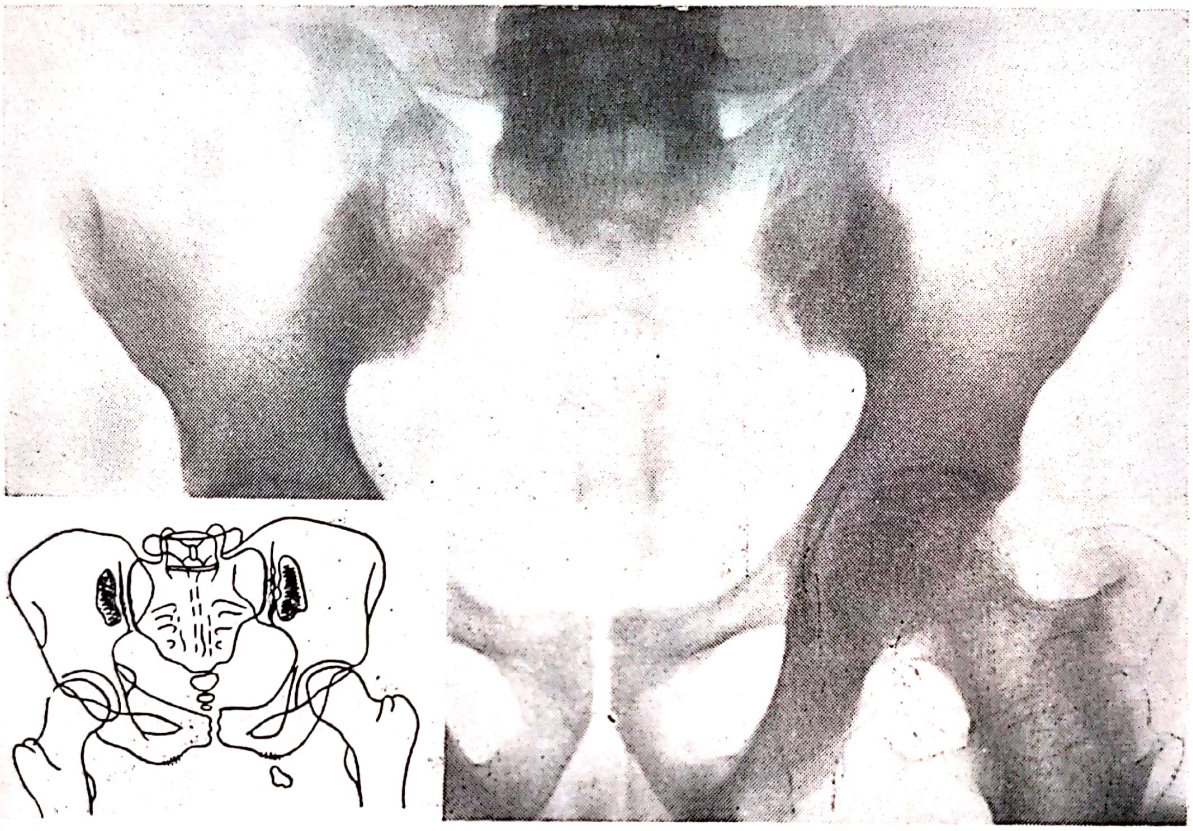

Fig. 17.

articulațiile coxo-femurale, iar la 10 ani de la debut s-a instalat o redoare progresivă a coloanei cervicale.

Dintre multiplele leziuni determinate în acest caz de spondilartrită anchilozantă, prezentăm alăturat radiografia coloanei cervicale, pe care se pot remarca : rectitudinea segmentului, osteoporoză, ștergerea spațiilor articulare mici, cu tendință la calcifiere a ligamentelor laterale și a ligamentelor arcurilor posterioare și, pe alocuri, a ligamentului anterior, cu integritatea discurilor vertebrale, dînd segmentului cervical aspectul de „bambus“ cu bloc vertebral posterior (fig. 19).

Importanța cazului :

(a) confirmă datele clasice privind prinderea coloanei cervicale la circa 10 ani de la debut ;

(b) oferă o imagine radiografică absolut caracteristică (fuziunea totală a masivului articular), imagine care nu mai poate fi realizată de alte afecțiuni ; este drept că poliartrita reumatoidă poate determina blocuri vertebrale posterioare relativ asemănătoare, dar într-o etapă mult mai apropiată de debutul bolii și în special la copii ;

(c) interesul cazului din punct de vedere terapeutic : imaginea aceasta ne precizează vîrsta lezională (care, după cum știm, nu este paralelă totdeauna cu durata cronologică a evoluției bolii). Precizarea stadiului lezional este esențială din punctul de vedere al recuperării.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă diagnosticul era pus înainte de constituirea blocului, recuperarea mobilității coloanei cervicale mai era posibilă.

Este drept că la debut diagnosticul era dificil, deoarece era vorba de o femeie, iar manifestările erau periferice.

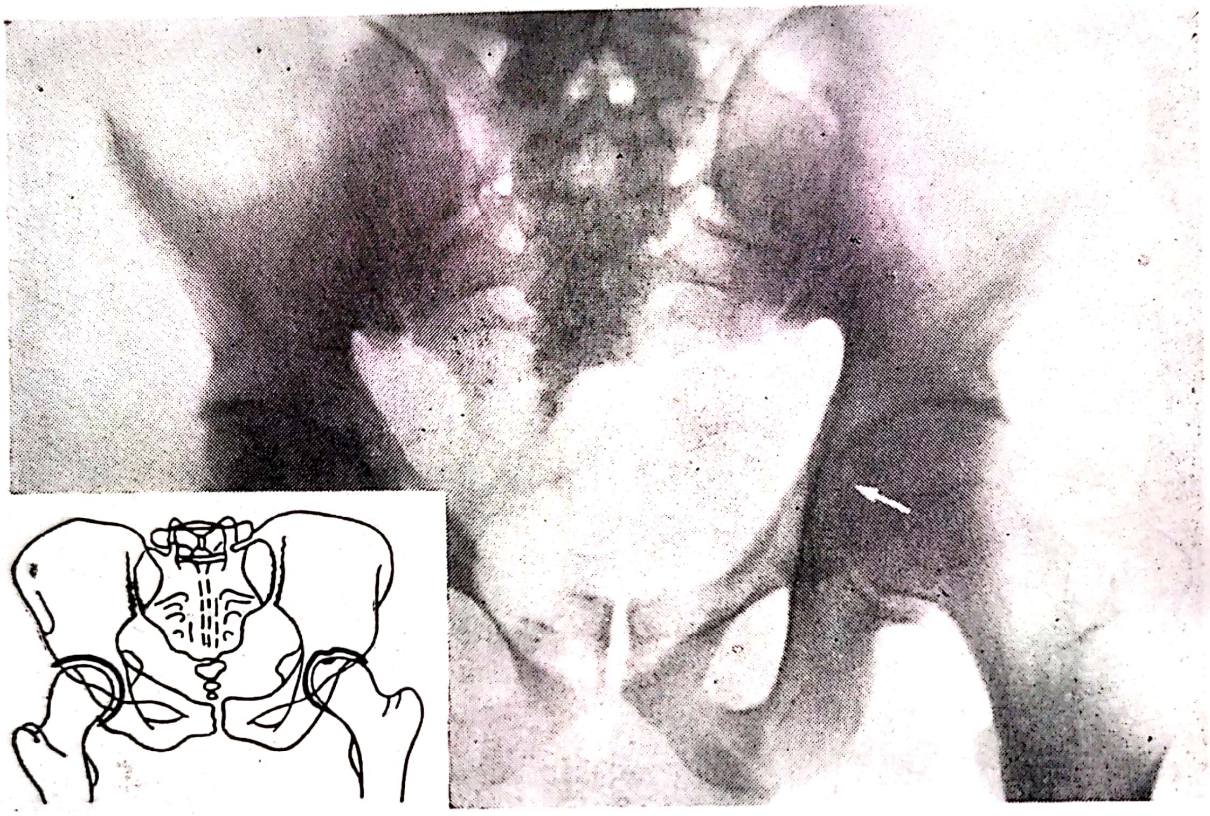

Fig. 18.

Dar o dată cu prinderea articulațiilor coxo-femurale, diagnosticul putea fi pus mai ușor.

În general, în fața unor bolnave tinere, prezentînd lombalgii persistente cu prinderea articulațiilor coxo-femurale, trebuie să investigăm și eventualitatea unei spondilantrite.

Obs. 6. — Bolnavul R. A., în vîrstă de 47 de ani, pensionat medical pentru o spondilartrită anchilozantă, cu prinderea articulațiilor centurilor și a întregii coloane vertebrale. Prezentăm de la acest caz radiografia coloanei cervicale de profil, care arată : calcifierea ligamentului anterior al segmentului cervical aproape în întregime ; integritatea discurilor intervertebrale și a articulațiilor mici posterioare pe un fond de osteoporoză difuză. Observăm deci un alt aspect de coloană în „bambus" (fig. 20).

Diagnosticul este cert cu ajutorul contextului clinico-radiologic. (Studiat izolat, aspectul coloanei cervicale ar putea sugera totuși un diagnostic diferențial cu boala Forestier-Rotès sau cu o coloană cervicală afectată de poliartrită reumatoidă.)

În acest caz, recuperarea mobilității cervicale nu mai este posibilă.

Obs. 7. — V. P., de 30 de ani, pensionat medical pentru o spondilartrită anchilozantă, forma Strümpel-P. Marie, debutînd la vîrsta de 17 ani și determinînd deficiențe motorii complexe. Prezentăm radiografia articulației scapulo-humerale a acestui caz, oferind o imagine tipică a leziunilor determi-

Scanned with OKEN Scanner

nate de spondilartrită. Pe radiografia articulației scapulo-humerale de față se pot remarca, pe lîngă osteoporoza capului humeral, multiple neregularități și ondulații ale corticalei acestuia în partea supero-externă și tendința de ascensionare a capului (fig. 21).

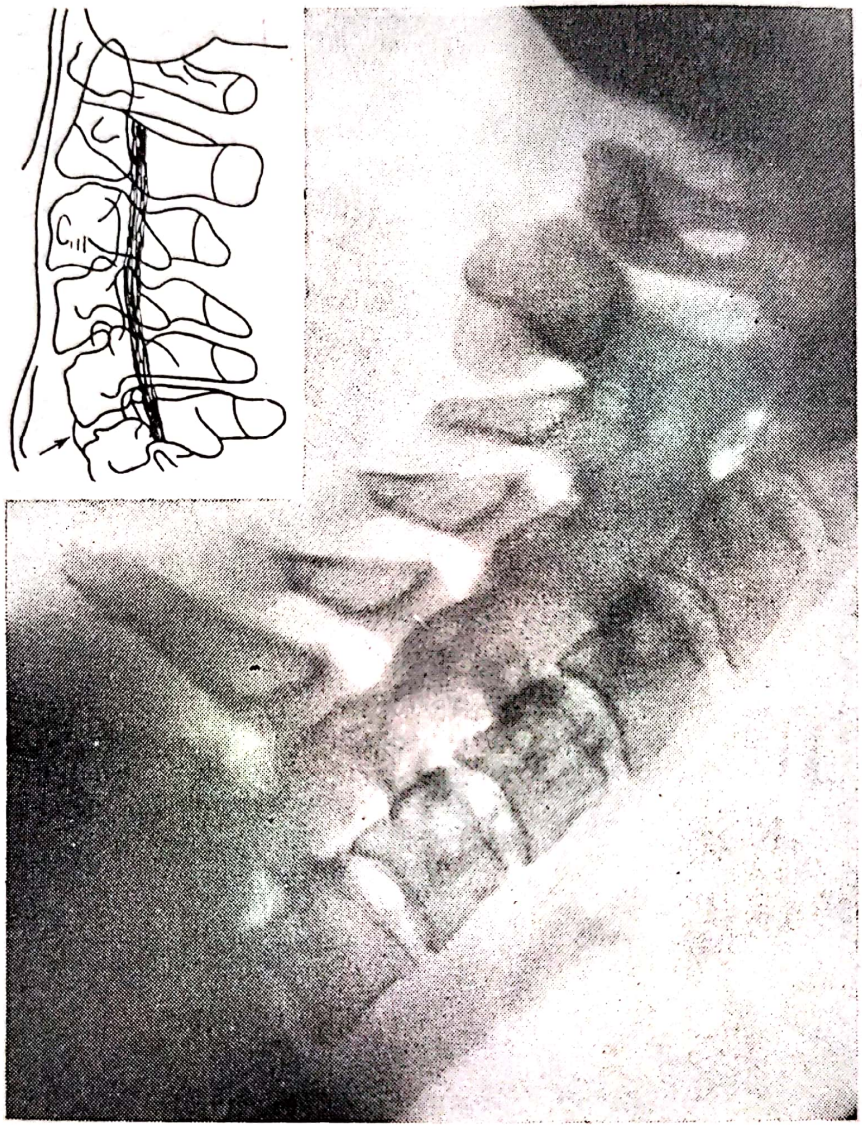

Fig. 19.

Diagnosticul nu ridică probleme dificile. (Este totuși interesant tipul de debut cu poliartralgii, la vîrsta adolescenței, care sugera și alte diagnostice.) Subliniem, în plus :

(a) Prinderea articulațiilor centurilor în cadrul spondilartritei ridică cele mai dificile probleme de recuperare funcțională.

(b) Clinica ne permite un bilanț articular și muscular, iar radiologia vine și adaugă date foarte importante, obiective, privind vîrsta lezională, întinderea leziunilor și importanța osteoporozei asociate.

Fără aceste date complete, echipa de recuperare nu poate trece la vreo acțiune (chirurgul nu poate aborda articulația, iar reumatologul nu poate

Scanned with OKEN Scanner

doza corect intensitatea kinetoterapiei şi măsurile medicamentoase, fizioterapice etc.).

(c) În cazul de faţă, leziunile osteoarticulare grave, avansate, ale ambilor umeri (la care se adaugă osteoporoză difuză, care scade calitatea osului),

Fig. 20.

compromit total gesturile uzuale şi orice activitate profesională (pensionar la 30 de ani). Recuperarea funcţională este foarte dificilă şi complexă.

Obs. 8. — B. M., în vîrstă de 33 de ani, pensionat medical pentru spondilartrită anchilozantă în urmă cu 12 ani ; de 8 ani au apărut dureri şi limitări progresive ale mobilităţii articulaţiilor coxo-femurale, realizînd următorul aspect radiografic : articulaţiile sacro-iliace sinostozate, periostoze accentuate ale tuberozităţilor ischiatice şi pe conturul marelui trohanter ; deformare accentuată, cu osteoporoză difuză a bazinului ; modificări la nivelul articulaţiilor coxo-femurale, ale căror interlinii apar mult îngustate, conturul feţelor adiacente neregulat crenelat, capul femural uşor deformat, cu osteo-

Scanned with OKEN Scanner

fite mari la partea liberă și zone insulare de condensări osoase sau mici chisturi subcondrale atît pe aria sa, cît și în cotilul adiacent (fig. 22).

În acest caz coxopatia — atît din punct de vedere clinic, cît și radiologic — este într-o fază avansată. Sîntem deci în fața unei spondilartrite cu

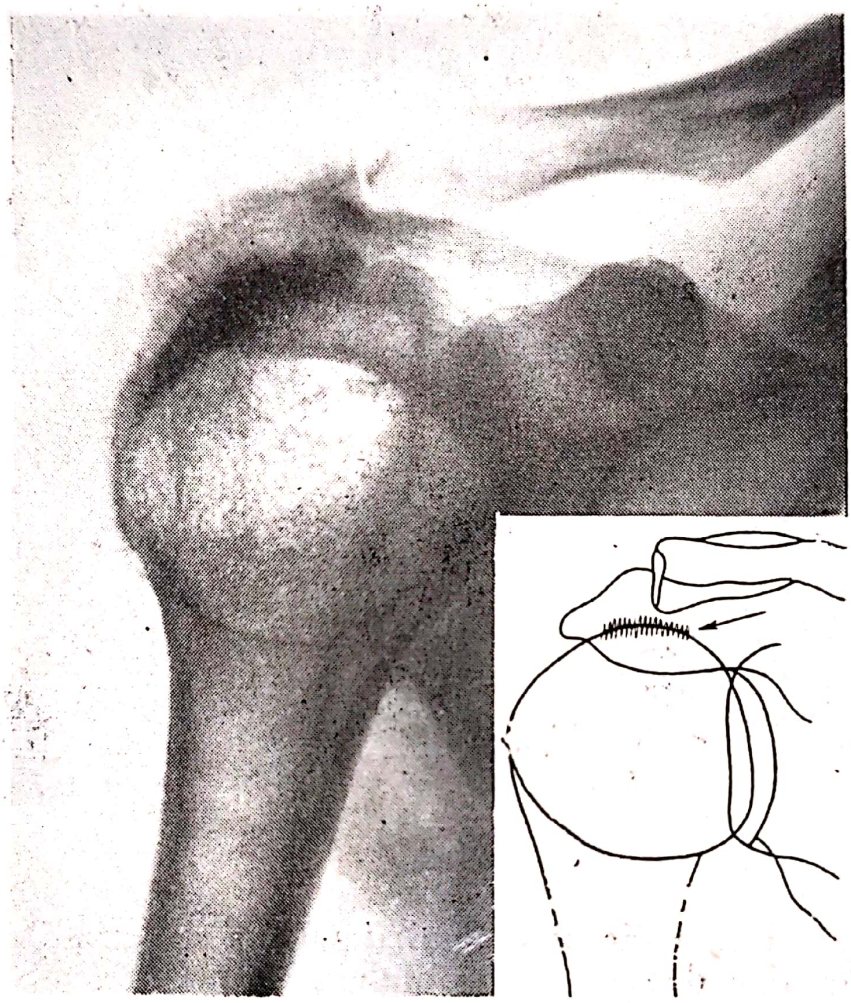

Fig. 21.

leziuni avansate (sacro-iliace și coxo-femurale). În fața acestor coxopatii avansate (obiectivizate radiologic) ne dăm seama că în cadrul planului de recuperare rolul principal va reveni tratamentelor ortopedico-chirurgicale (spre deosebire de obs. 4, cu coxopatie discretă, în care planul de recuperare este dominat de tratamentele conservatoare).

Subliniem, pe de altă parte, că dintre diversele tipuri de leziuni pe care spondilartrita le poate determina la nivelul articulațiilor coxo-femurale (forma osteoporotică, cea de aspect coxartrozic și cea crenelată), aceasta din urmă este cea mai gravă, durerile sînt mari, nu cedează la repaus, osteoporoza este intensă, leziunile osteocartilaginoase sînt progresive, limitarea mobilității este globală. În formele

unilaterale trebuie să facem un atent diagnostic diferențial cu tuberculoza osteoarticulară, iar în formele cu coxită bilaterală, cu poliartrita reumatoidă (în care însă prinderea articulațiilor coxo-femu-

Fig. 22.

rale este mai tardivă, de obicei unilaterală și cu leziuni osteocartilaginoase distructive ale capului și cotilului).

Obs. 9. — L. Fr., în vîrstă de 22 de ani, pensionat medical pentru o spondilartrită anchilozantă care a debutat la vîrsta de 11 ani, cu o evoluție gravă, invalidantă, prinzînd în special articulațiile membrelor inferioare.

Radiografiile pun în evidență, la nivelul bazinului, pe lîngă sinostoza articulațiilor sacro-iliace, osteoporoza bazinului și a epifizelor femurale și aspectul hipoplazic al acestora ; de asemenea anchiloza totală a articulațiilor coxo-femurale (unde nu mai poate fi văzut spațiul articular și unde traveele de osificare trec direct dinspre osul coxal spre capul femural). Acest aspect de anchiloză, ca un manșon cu calcifieri liniare și punți calcare care fac să dispară conturul capului și cavitatea cotiloidă, este caracteristic pentru spondilartrită (deosebind anchilozele fibroase de cele cu leziuni distructive, vizibile în poliartrita reumatoidă (fig. 23).

Aceeași anchiloză totală se poate observa și la nivelul articulațiilor genunchilor bilateral, unde segmentele scheletice ale acestora au un aspect gracil, iar osteoporoza accentuată face ca ele să îmbrace aspectul binecunoscut în „oase de sticlă" (fig. 24 și 25).

Este faza cea mai avansată, din punct de vedere clinic și radiologic, a coxopatiilor și gonopatiilor în cadrul spondilartritei anchilozante, unde chi-

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 23.

Fig. 24

Scanned with OKEN Scanner

rurgia ortopedică este chemată să-și dea aportul (cu posibilități relativ reduse și dificultăți tehnice mari, din cauza calității extrem de deficitare a scheletului).

Nu ar mai trebui să vedem bolnavi ajunși în asemenea stadiu!

Fig. 25.

De asemenea, rezultă de aici importanța diagnosticului diferențial cu tuberculoza osteoarticulară (în cazul de față bolnavul diagnosticat eronat ca avînd tuberculoză osteoarticulară a stat imobilizat patru ani).

Posibilitățile de recuperare sînt foarte reduse în acest caz.

Pe măsura constituirii anchilozei osoase totale, durerile scad și dispar, pe primul plan rămînînd deficitul motor grav. Atunci cînd leziunile sînt urmate de anchiloze și la nivelul genunchilor (ca în cazul de față), dacă anchiloza genunchilor s-a făcut în rectitudine, mai este posibil mersul „pivotînd"; dacă însă anchiloza șoldurilor și a genunchilor s-a făcut în flexie, rezultă o infirmitate gravă, care nu mai permite bolnavului să părăsească patul.

Obs. 10. — D. Gh., în vîrstă de 42 de ani, grefier, prezintă o asociere interesantă a unei spondilartrite anchilozante cu un morb Pott, survenită la un bolnav cu tuberculoză pulmonară în antecedente.

Pe cele două radiografii ale coloanei toracale (față și profil) pe care le prezentăm, se remarcă: îngustarea și neregularitatea unui disc intervertebral, alături de deformarea corpului vertebral T_9. Atît prezența acestor modificări, cît și umbra vecină coloanei (de partea stîngă) cu aspectul de fus au pus problema coexistenței unui morb Pott cu o spondilartrită anchilozantă, asociere destul de rar întîlnită în clinică (fig. 26 și 27).

Radiografia bazinului ne-a confirmat această asociere evidențiind anchiloza articulațiilor sacro-iliace, bilateral.

Scanned with OKEN Scanner

Deşi studii mai recente atrag atenţia asupra existenţei posibile a unor leziuni discale în cadrul tabloului clinic al spondilartritei anchilozante, totuşi acestea sînt foarte rare, astfel că, atunci cînd la o spondilartrită observăm asemenea leziuni, trebuie mai degrabă să ne gîndim la un Pott asociat. Deşi

Fig. 26.

este vorba de două boli grave, asocierea lor îmbunătăţeşte într-o măsură prognosticul, realizînd *in vivo* o adevărată imobilizare naturală a coloanei şi o diminuare importantă a amplitudinii respiratorii.

Obs. 11. — S. D., croitor, în vîrstă de 30 de ani, prezentînd o spondilartrită anchilozantă care a debutat în urmă cu 13 ani, cu o evoluţie predominant pe articulaţiile periferice, în special la nivelul membrelor inferioare.

Radiografia piciorului de faţă, bilateral, arată : pe fondul unei osteoporoze accentuate se remarcă modificări de artroză la articulaţiile medio-

Scanned with OKEN Scanner

tarsiene, articulațiile Lisfranc, precum și anchiloza articulațiilor dintre scafoid și cuneiforme (fig. 28).

Se poate remarca, de asemenea, o tendință la anchiloze, destul de netă radiologic, întîlnită adeseori la articulațiile periferice, în evoluțiile mai îndelungate ale spondilartritei.

Fig. 27.

Interesant de notat este faptul că poziția obișnuită profesională a bolnavului a favorizat redoarea în flexie a genunchilor și anchiloza articulațiilor picioarelor, în timp ce la articulațiile mîinilor (cu care a lucrat zilnic) nu au rămas redori, anchiloze sau atrofii musculare, ceea ce demonstrează, o dată în plus, rolul mișcării în profilaxia anchilozelor din spondilartrite.

Scanned with OKEN Scanner

Deficiențele motorii determinate de anchilozele și redorile de la nivelul articulațiilor picioarelor sînt în acest caz agravate mult prin asocierea anchilozelor genunchilor în flexie, care nu mai permit mersul. Recuperarea funcțională este destul de dificilă, impunînd abordarea, în mai multe etape succesive, a articulațiilor lezate (pe primul plan sînt măsurile ortopedico-chirurgicale).

Obs. 12 — S. T., în vîrstă de 40 de ani, pensionat pentru o poliartrită reumatoidă cu leziuni articulare, multiple, determinînd un important grad de deficit motor.

Radiografia mîinilor prezintă leziuni avansate la nivelul epifizelor adiacente articulațiilor interfalangiene proximale, constînd în îngustarea spațiilor, distrucții marginale și deformări ale epifizelor ; pe de altă parte, se poate remarca o integritate completă scheletică și articulară a celorlalte etaje articulare ale mîinilor (fig. 29 și 29 bis).

(Notăm că radiografia de picior la același caz arată modificări similare la etajul metatarso-falangian.)

Prezența acestor leziuni la un bărbat cu simptomatologie clinică și de laborator de poliartrită reumatoidă arată posibilitatea debutului și evoluției

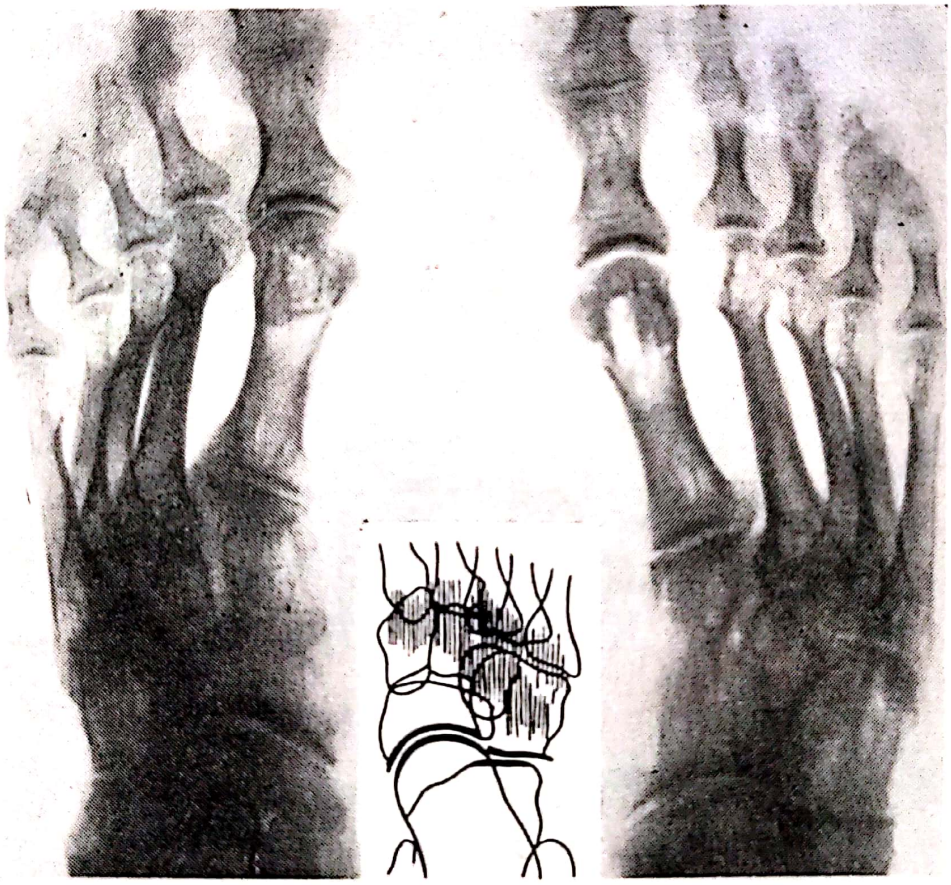

Fig. 28.

acestei afecțiuni numai la acest nivel, pe o perioadă de mai mulți ani, fapt semnalat de unii dintre noi într-o comunicare recentă. Subliniem, pe de altă parte, că această cantonare a leziunilor numai la articulațiile interfalangiene, cruțînd articulațiile metacarpo-falangiene, reprezintă o recuperare a mișcărilor mîinii cu mai puține dificultăți.

Scanned with OKEN Scanner

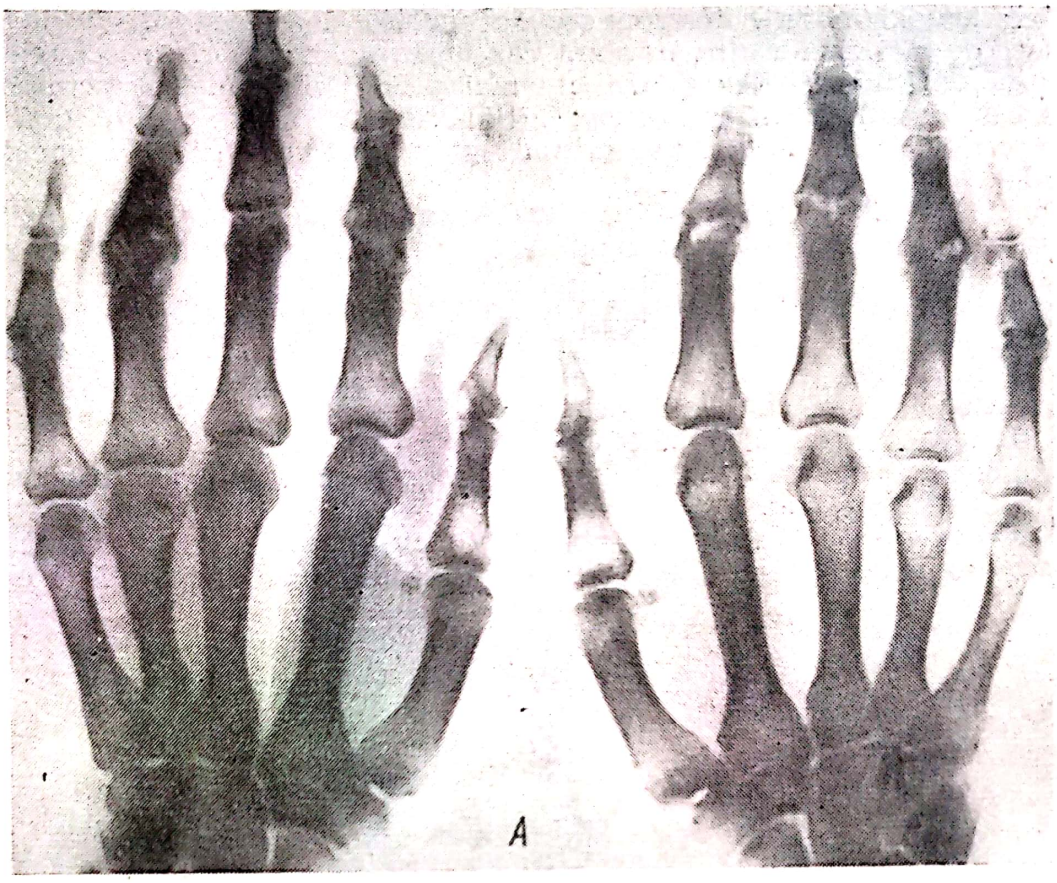

Fig. 29.

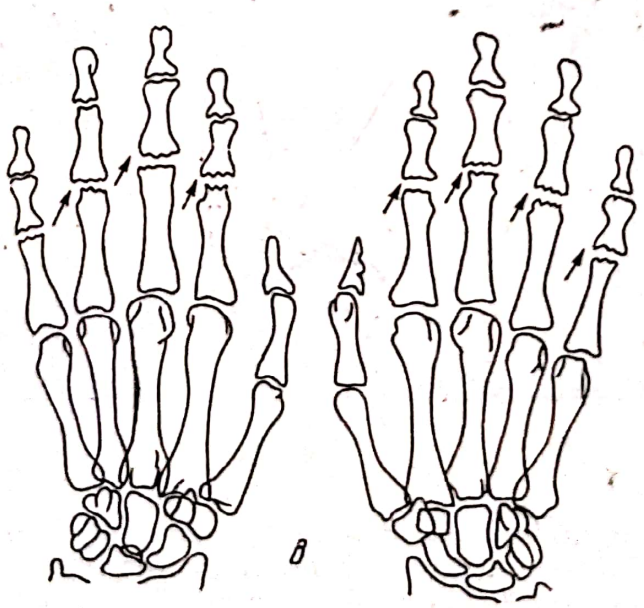

Fig. 29 bis

Scanned with OKEN Scanner

Obs. 13. — A. A., în vîrstă de 33 de ani, casnică, prezentînd o poliartrită reumatoidă debutată la 14 ani, cu o evoluţie progresivă, cu leziuni predominante la articulaţiile mîinilor şi ale genunchilor.

Radiografia mîinilor de faţă arată : leziuni avansate la nivelul etajului radio-carpo-metacarpian, mergînd pînă la bloc scheletic ; îngustări de spaţii ; discrete neregularităţi de contur şi osteoporoză la unele epifize ale etajelor interfalangiene proximale şi distale, cu integritatea spaţiilor de la etajul metacarpo-falangian şi a epifizelor alăturate.

Se observă la părţile moi ale unor degete aspectul clasic de „fus“ (fig. 30 şi 30 bis). Sîntem deci în faţa unor leziuni grave, la nivelul pumnilor, bilateral, cu blocuri carpiene, şi a unor leziuni de asemenea importante interfalangiene, apărute la o bolnavă tînără. Cu toate acestea, prehensiunea este încă posibilă.

Integritatea relativă a metacarpo-falangienelor şi a articulaţiilor policelui (ca şi în cazul precedent) reprezintă un factor care îmbunătăţeşte, într-o măsură, prognosticul funcţional şi favorizează procesul de recuperare.

Subliniem acest aspect particular, întîlnit de noi adesea în clinică, constînd în debutul şi evoluţia leziunilor la etajul carpian sau la cel interfalangian, fără afectarea etajului metacarpo-falangian.

Obs. 14. — Z. D., în vîrstă de 29 de ani, pensionat medical pentru poliartrită reumatoidă cu debut la 12 ani şi cu evoluţie gravă generalizată şi invalidantă.

Debutul în copilărie al poliartritei reumatoide aduce, de multe ori, prinderea coloanei cervicale, mai ales a articulaţiilor mici şi a ligamentelor de la nivelul arcurilor posterioare şi chiar a ligamentului interspinos, aşa cum se poate remarca pe imaginea de profil a acestei coloane cervicale (fig. 31).

Se observă, de asemenea, aspectul hipoplazic foarte marcat al segmentului cervical radiografiat ; debutul şi evoluţia poliartritei reumatoide în copilărie sau adolescenţă sînt mai frecvente la sexul masculin şi pot produce repercusiuni grave şi asupra creşterii scheletale, generînd malformaţii variate şi inegala dezvoltare a segmentelor scheletice.

Obs. 15. — G. L., în vîrstă de 67 de ani, suferind de o poliartrită reumatoidă cu o evoluţie îndelungată (cu debut la 40 de ani) şi cu leziuni importante la toate articulaţiile, care a determinat o infirmitate gravă.

Radiografia mîinilor şi a bazinului arată, pe un fond de osteoporoză generalizată, leziuni distructive avansate care au determinat deformarea şi anchiloza regiunilor radio-carpo-metacarpiene, iar distrucţiile epifizare de la celelalte etaje au dus la luxaţii şi „telescopări“ (mai ales la etajul metacarpo-falangian).

Leziuni asemănătoare sînt vizibile şi la nivelul articulaţiei coxo-femurale drepte, generînd o micşorare şi deformare a capului femural, o deformare a regiunii cervico-diafizare (în *coxa vara*), lărgirea şi adîncirea cavităţii cotiloide, cu protruzia accentuată a capului femural şi ascensionarea acestuia (fig. 32 şi 33).

Este deci vorba de o poliartrită reumatoidă (stadiul III), forma osteolitică, manifestată predominant la nivelul mîinilor şi al articulaţiei coxo-femurale drepte, coxopatie unilaterală cu un potenţial evolutiv important, numai parţial influenţat de tratament. Cazul ilustrează leziunile de tip osteolitic pe care le poate determina o poliartrită reumatoidă după o evoluţie mai mult sau mai puţin lungă, realizînd leziuni anatomice ireversibile şi deficienţe motorii irecuperabile.

În asemenea stadiu, nu putem să facem altceva decît să aplicăm un tratament simptomatic al durerilor şi inflamaţiilor şi să tonificăm organismul. Dacă leziunile erau localizate numai la una sau două articulaţii şi dacă

Scanned with OKEN Scanner

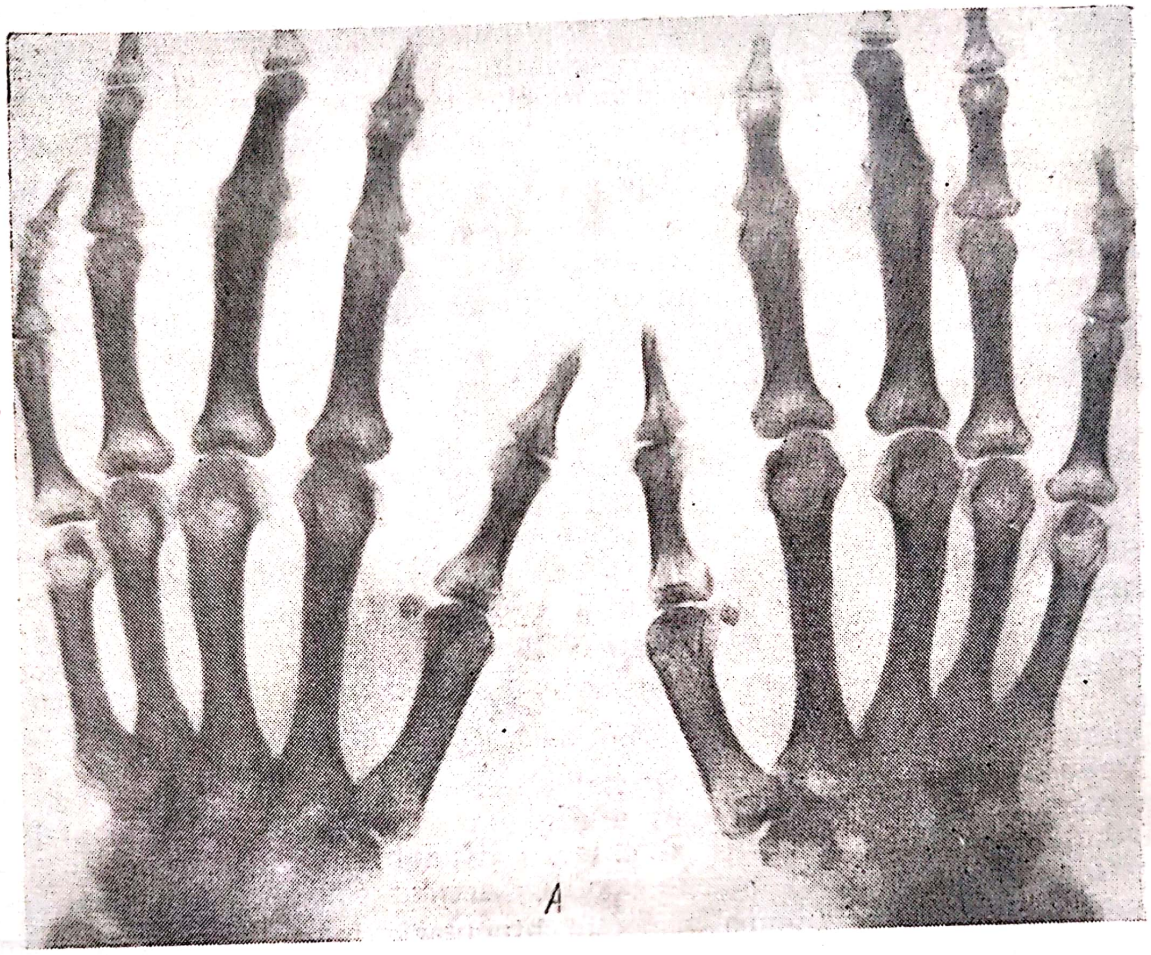

Fig. 30.

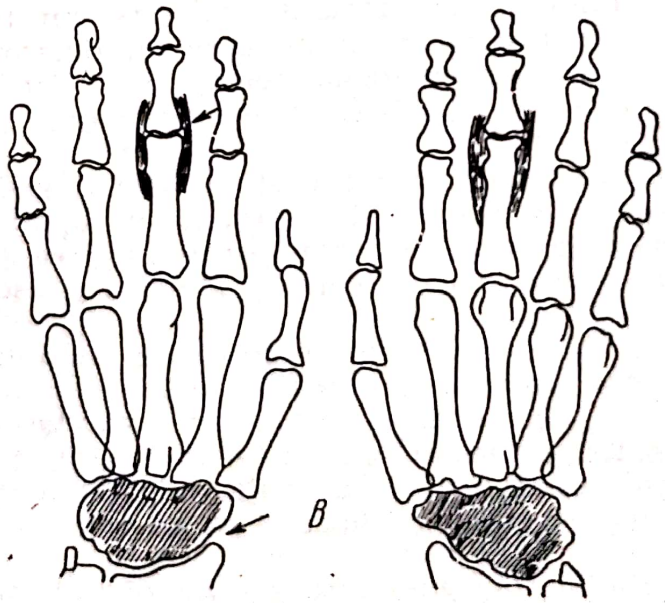

Fig. 30 bis.

Scanned with OKEN Scanner

bolnava era la o vîrstă mai tînără şi cu o stare generală mai puţin alterată, s-ar fi pus problema unor intervenţii ortopedico-chirurgicale şi s-ar fi încercat o recuperare parţială.

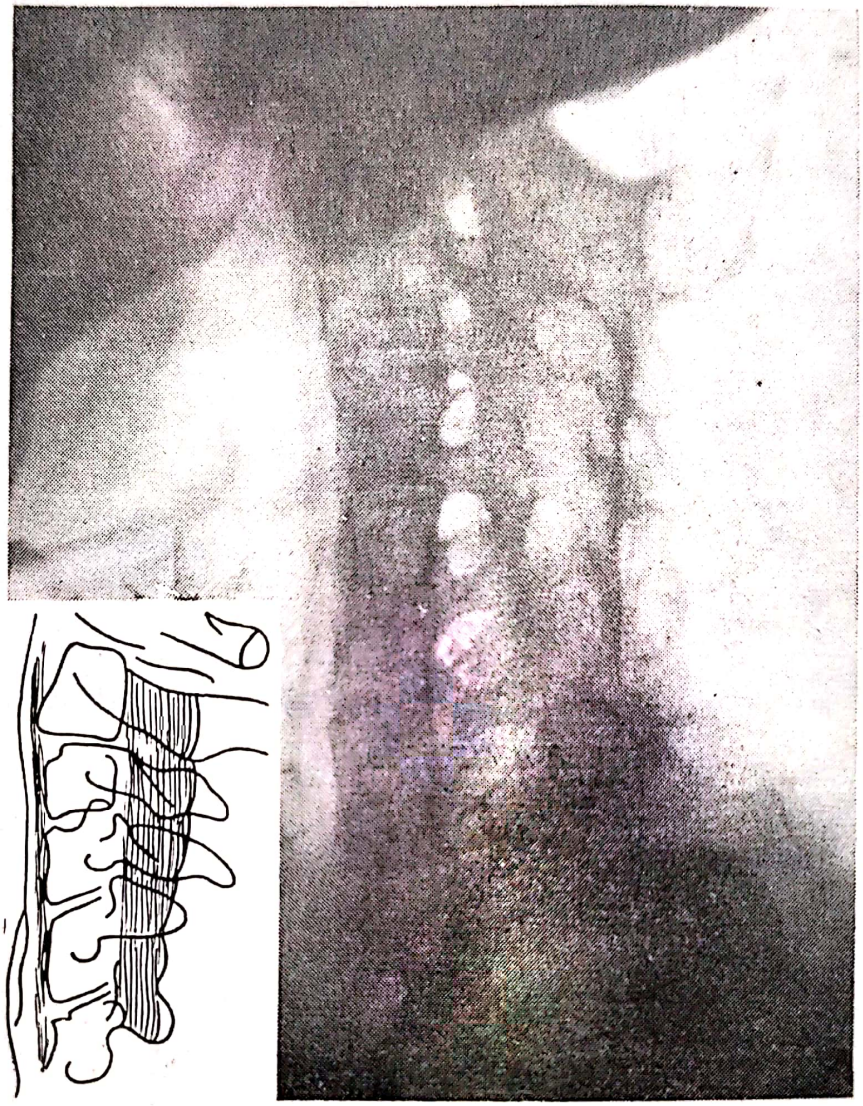

Fig. 31.

Obs. 16. — A. D., în vîrstă de 58 de ani, pensionat pentru poliartrită reumatoidă care a debutat în urmă cu 8 ani, cu leziuni poliarticulare predominant la mîini şi coate, bilateral.

Radiografia cotului drept, de profil, arată o îngustare uniformă a interliniului articular, osteoporoză accentuată a epifizelor, estomparea contururilor şi neregularităţi ale acestora (traducînd procese ulcerative), mici zone chistice în zona subcondrală şi tendinţa la anchiloză în poziţie vicioasă (în flexie de 100°) (fig. 34).

Cazul este în plină evoluţie (după cum ne arată semnele clinico-radiologice şi de laborator, viteza de sedimentare de 42—62 mm).

Leziunile articulaţiilor coatelor sînt bilaterale, anchiloza în flexie de 100° (unghi absolut) care este pe cale de constituire, nu mai permite bolnavului nici să se hrănească singur şi nici să execute unele gesturi profesionale.

Scanned with OKEN Scanner

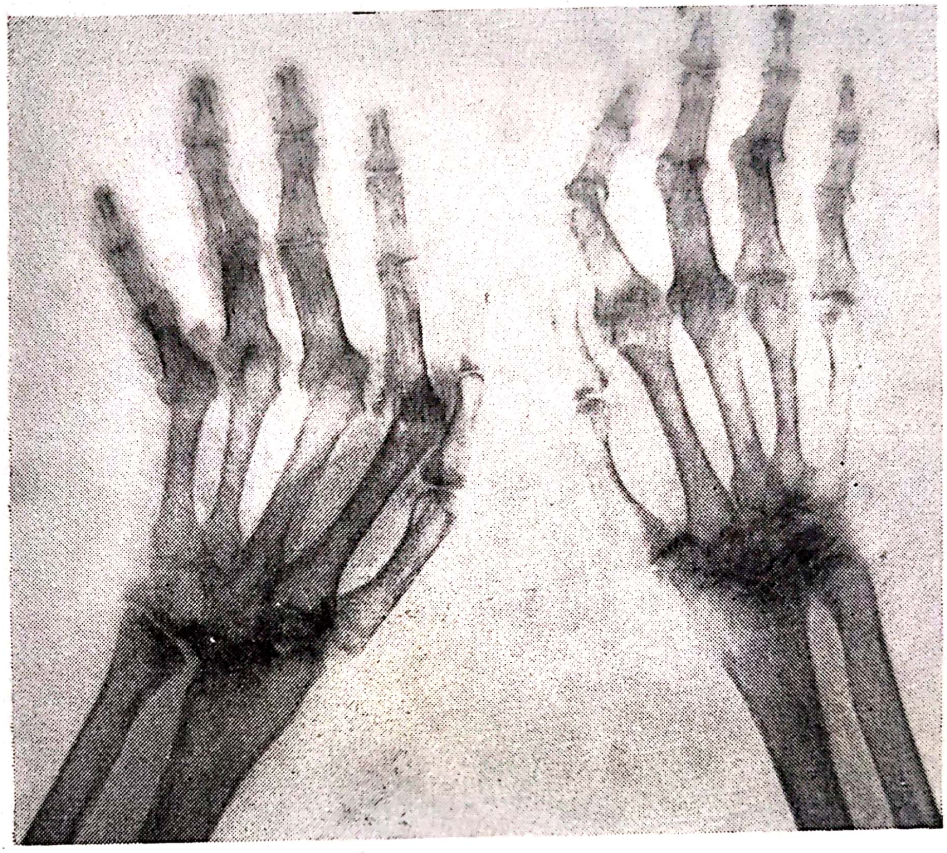

Fig. 32.

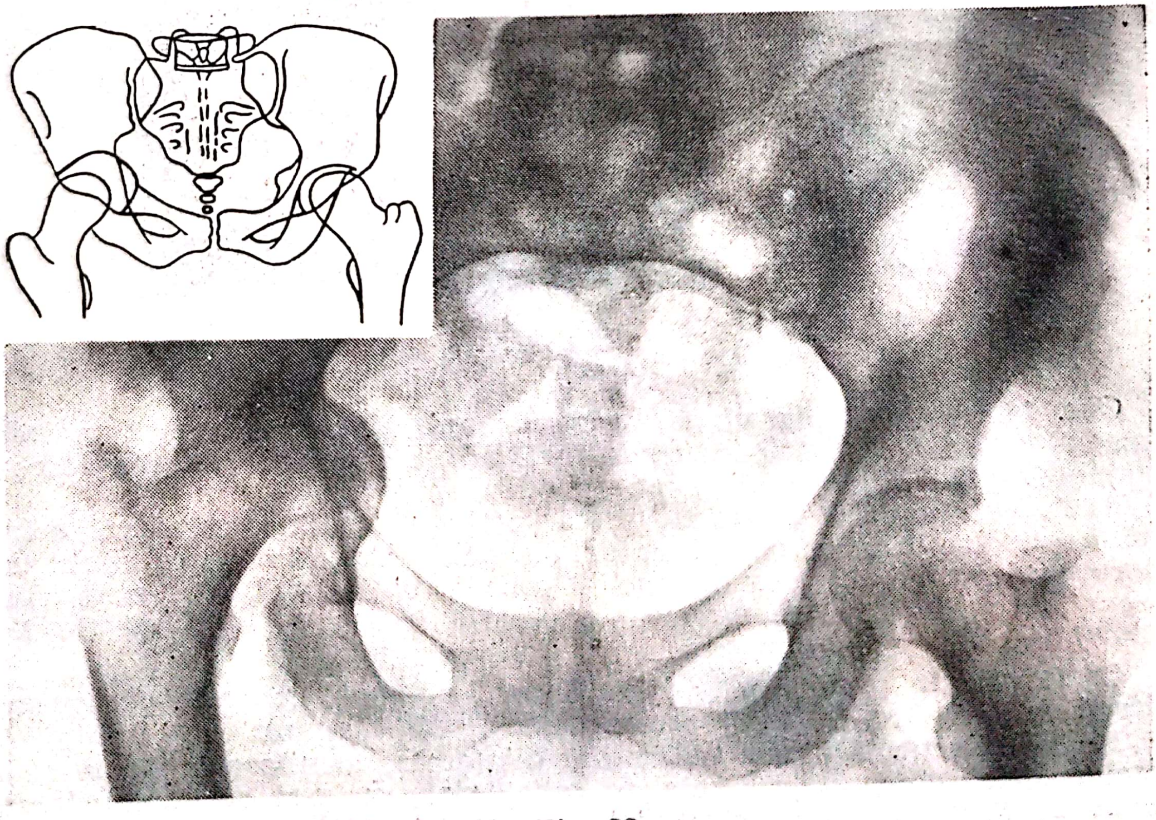

Fig. 33.

Scanned with OKEN Scanner

Infirmitatea este şi mai mult agravată din cauza leziunilor bilaterale ale articulaţiilor mîinilor, care împiedică şi prehensiunea. Problemele de recuperare funcţională şi de reclasare profesională sînt deosebit de complexe şi dificile în acest stadiu lezional avansat. Complexele terapeutice vor fi axate

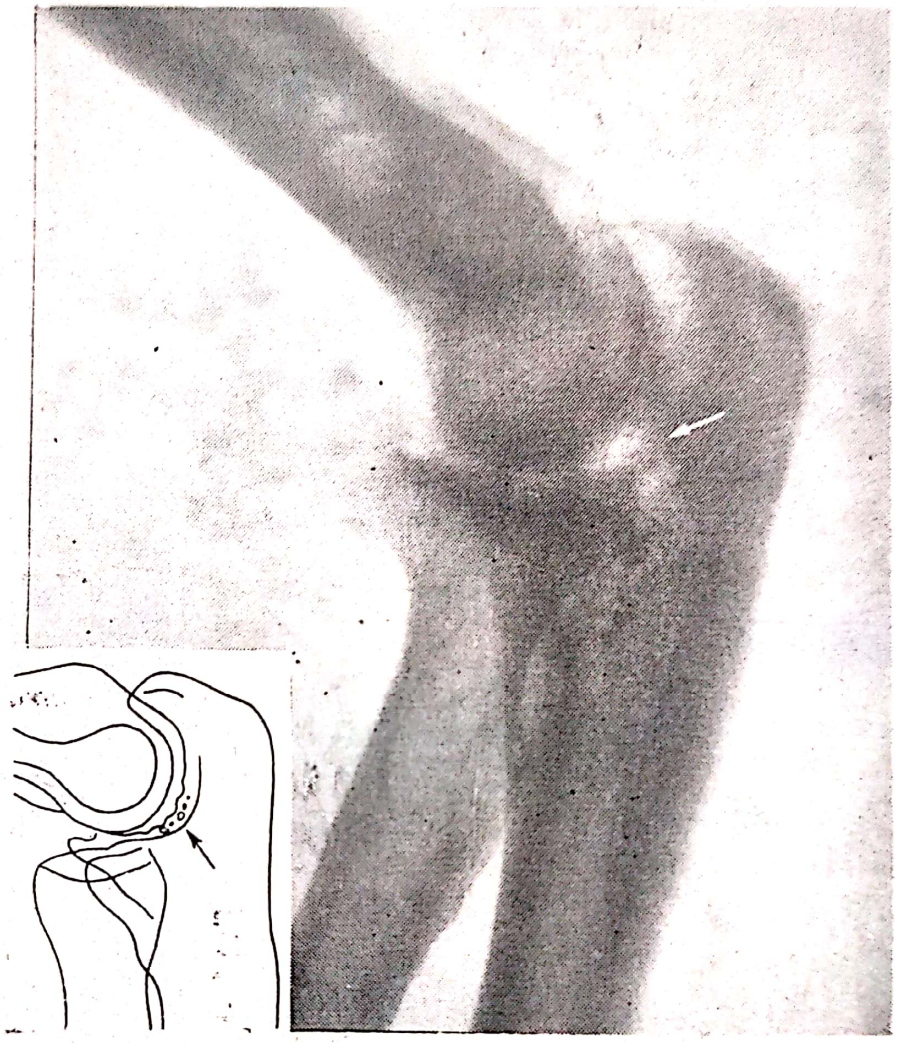

Fig. 34.

pe medicaţia antireumatismală de stabilizare, pe intervenţii ortopedico-chirurgicale (efectuate în etape) şi apoi pe tratamente fizicale de reeducare.

Obs. 17. — M. V., de 35 de ani, pensionară, suferind de o poliartrită reumatoidă care a debutat în urmă cu 7 ani, prin leziuni predominînd la nivelul mîinilor şi genunchilor şi determinînd o infirmitate gravă (bolnava nu mai poate părăsi patul de 4 ani şi nu mai poate efectua prehensiunea, motiv pentru care a fost pensionată la o vîrstă tînără, în plină forţă de muncă).

Radiografia de faţă a genunchilor ne arată osteoporoza segmentelor scheletice, neregularităţi ale suprafeţelor articulare, pe alocuri mici elemente de condensare, zone chistice subcondrale şi tendinţă la osteofite marginale.

Spaţiul articular apare uniform îngustat ; această îngustare am verificat-o şi pe radiografia de profil a genunchilor, unde am mai constatat modificări similare şi în articulaţiile patelo-femurale şi o îngroşare a capsulei articulare, cu infiltraţia părţilor moi periarticulare (fig. 35 şi 36).

Scanned with OKEN Scanner

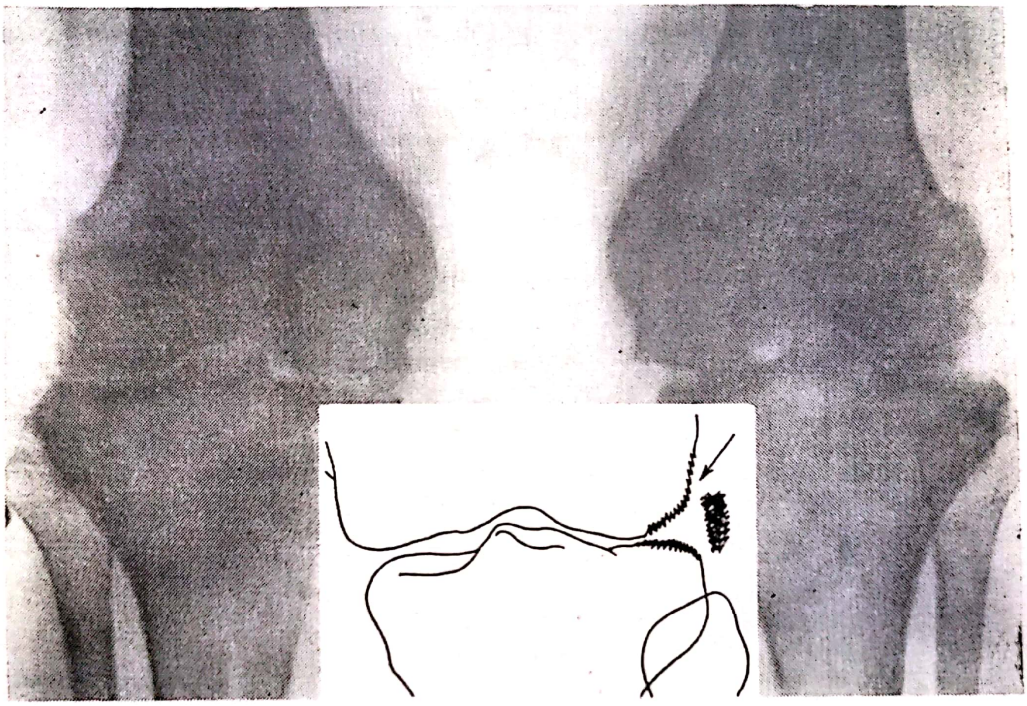

Fig. 35.

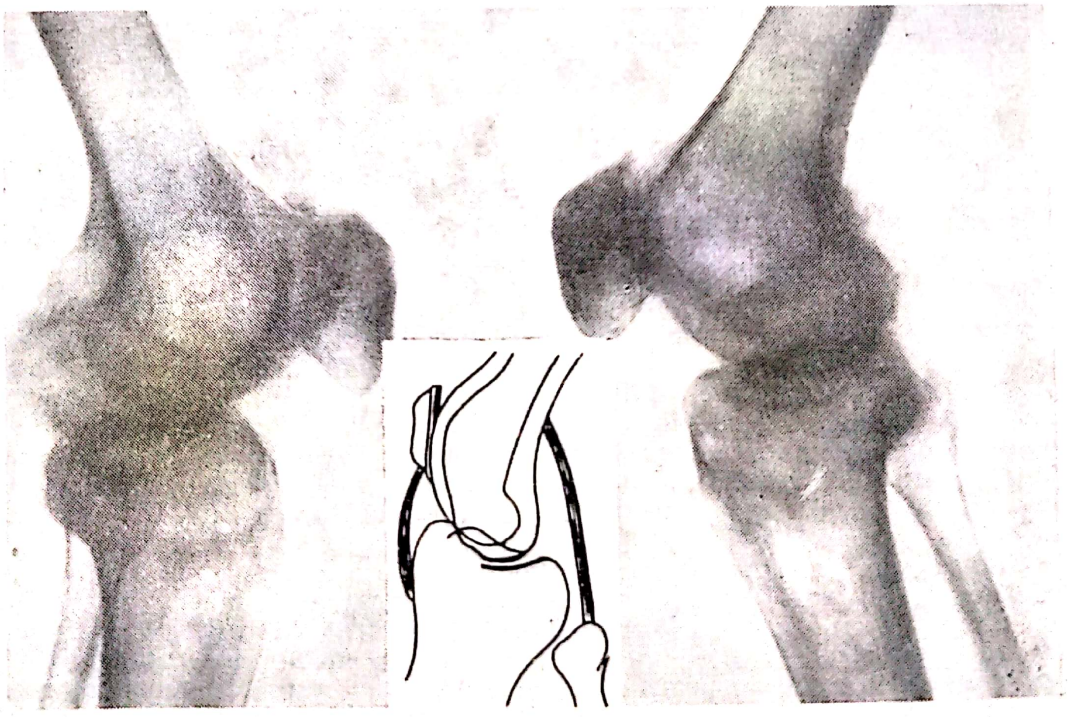

Fig. 36.

Scanned with OKEN Scanner

Aspectele clinico-radiologice ne arată un stadiu lezional relativ avansat; radiografia de profil pune în evidență totuși faptul că redoarea ține în special de retracțiile capsulare, precum și de alterațiile țesuturilor periarticulare, consecutive inflamațiilor puternice ale genunchilor.

Deci procesul de recuperare se bazează, într-o primă etapă, pe: medicamente antiinflamatoare, decontracturante, saci de nisip pe genunchi și fizioterapie.

În plus, se poate încerca o redresare sub anestezie sau, într-o altă etapă, o intervenție chirurgicală (capsulotomie posterioară, urmată de reeducare funcțională).

Obs. 18. — I. R., în vîrstă de 38 de ani, inginer, se internează pentru dureri lombare cu iradieri în membrul inferior drept (cu topografie radiculară L_5). Afecțiunea a debutat în urmă cu 1 an, după un traumatism.

După excluderea sistematică a altor ipoteze, s-a pus diagnosticul de lombosciatică dreaptă (radiculară L_5, nevralgică, prin discopatie posttraumatică).

Pe radiografia de față se remarcă o scolioză antalgică cu convexitate spre dreapta, îngustarea spațiului discal vertebral L_4—L_5 în jumătatea lui stîngă și lărgirea sa (căscarea), în jumătatea dreaptă, de partea sciaticii (fig. 37).

Radiografia de profil pune în evidență rectitudinea segmentului lombar (însumînd astfel cele 3 semne radiologice cunoscute sub numele de „triada Barr") (fig. 38).

Pentru precizarea topografiei lezionale discale este uneori necesar să „electivăm" fenomenul de căscare sau pensare discală, efectuînd radiografii dinamice, funcționale, în ortostatism, în pozițiile extreme de latero-flexie a segmentului vertebral.

Simptomatologia clinică și radiologică fiind tipică, diagnosticul de hernie de disc nu întîmpină dificultăți.

În domeniul recuperării funcționale a discopatiilor, punerea unui diagnostic de certitudine în cazul unor manifestări dureroase lombare este strict necesară, întrucît patologia lombară este deosebit de complexă și expune la un mare număr de erori diagnostice.

Aplicarea tratamentelor de recuperare a lombalgiilor și lombosciaticelor nu se poate face decît după ce am exclus, cu atenție, extrem de numeroasele ipoteze de diagnostic diferențial.

Numeroase sînt cazurile din practica curentă care ne sînt trimise cu diagnosticul de lombosciatică și care, de fapt, sînt fenomene secundare unor metastaze vertebrale, unor spondilodiscite stafilococice, tipice sau chiar bacilare etc. și la care aplicarea tratamentelor obișnuite de recuperare ar determina grave exacerbări.

În ceea ce privește valoarea radiografiilor dinamice, în afară de valoarea diagnostică localizatoare a leziunii, ele reprezintă și un valoros mijloc de urmărire dinamică a rezultatelor tratamentelor de recuperare.

Obs. 19. — D. C., în vîrstă de 62 de ani, casnică, se internează pentru dureri lombare persistente, neameliorate nici de repaus și nici de medicația analgetică obișnuită.

Scanned with OKEN Scanner

Lombalgiile au apărut în urmă cu 10 ani și s-au accentuat în ultimii doi ani, cînd s-a adăugat și o sciatalgie rebelă, cu topografie radiculară L_5. A fost internată de repetate ori în diferite spitale și sanatorii balneare.

Pe radiografia de profil a segmentului lombar putem remarca o rectitudine a segmentului, condensări evidente ale platourilor vertebrale, formațiuni osteofitice la unele unghiuri anterioare și un osteofit mai evident la

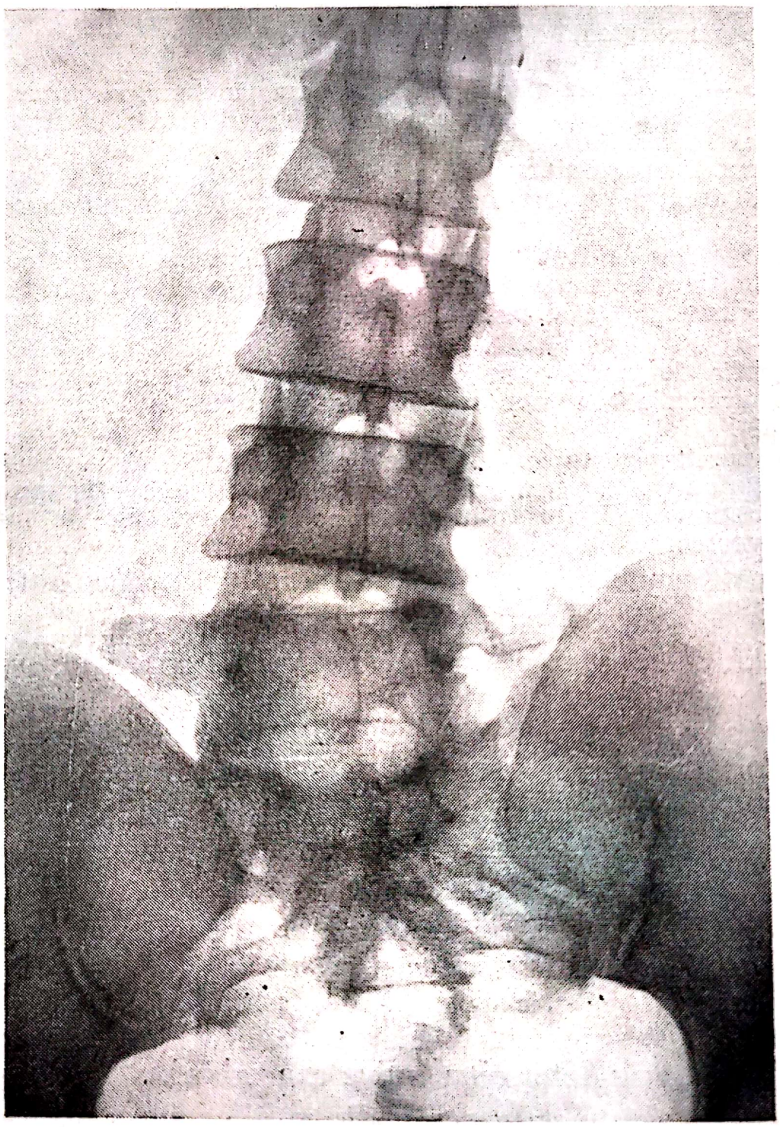

Fig. 37.

unul din unghiurile postero-inferioare ale vertebrei L_4, proeminînd în gaura de conjugare alăturată (fig. 39).

În îndelungatul proces de recuperare a lombalgiilor și lombosciaticelor discale, recuperatorul se izbește adeseori de o persistență neobișnuită a sin-

dromului dureros, care cedează numai parțial la puternicele medicamente analgetice și antiinflamatoare de care dispunem astăzi.

Cazul de față ilustrează una din cauzele de persistență a durerilor : o spină iritativă mecanică, realizată prin pătrunderea accentuată a osteofitului postero-lateral în gaura de conjugare. În asemenea cazuri, pentru a putea

Fig. 38.

să continuăm procesul de recuperare, este necesar, pe de o parte, să acționăm local cu mijloace fizioterapice (roentgenterapie, microunde, curenți de înaltă frecvență), iar pe de altă parte, cu tracțiuni vertebrale, aplicate prudent și sistematic (capabile să diminue, într-o măsură, conflictul disco-radicular).

Scanned with OKEN Scanner

Uneori, în fața persistenței fenomenelor care rămîn neinfluențate, se poate pune problema și a unei intervenții chirurgicale, desigur la bolnavi mai tineri.

Fig. 39.

Obs. 20. — C. P., casnică, în vîrstă de 50 de ani, se internează pentru dureri generale ale coloanei vertebrale, contracturi musculare paravertebrale și un grad de redoare, care se accentuează după cîteva ore de ortostatism și efort fizic.

Pe baza datelor clinico-radiologice s-a pus diagnosticul de spondiloză toracică.

Diagnosticul radiologic al spondilozelor este în general ușor de stabilit.

Prezentăm însă acest caz pentru că radiografia sa evidențiază o serie de aspecte deosebite.

Pe radiografia de față a coloanei toracale se poate remarca prezența unor formațiuni osteofitice laterale mari, pe alocuri luînd aspectul de punți, localizate pe partea dreaptă a coloanei.

Se mai pot remarca discrete neregularități ale unor platouri vertebrale.

Scanned with OKEN Scanner

Interesant rămîne însă faptul că aceste osteofite sînt localizate pe partea dreaptă a coloanei (absența lor de partea stîngă fiind interpretată de unii autori ca datorîndu-se pulsațiilor aortei descendente) (fig. 40).

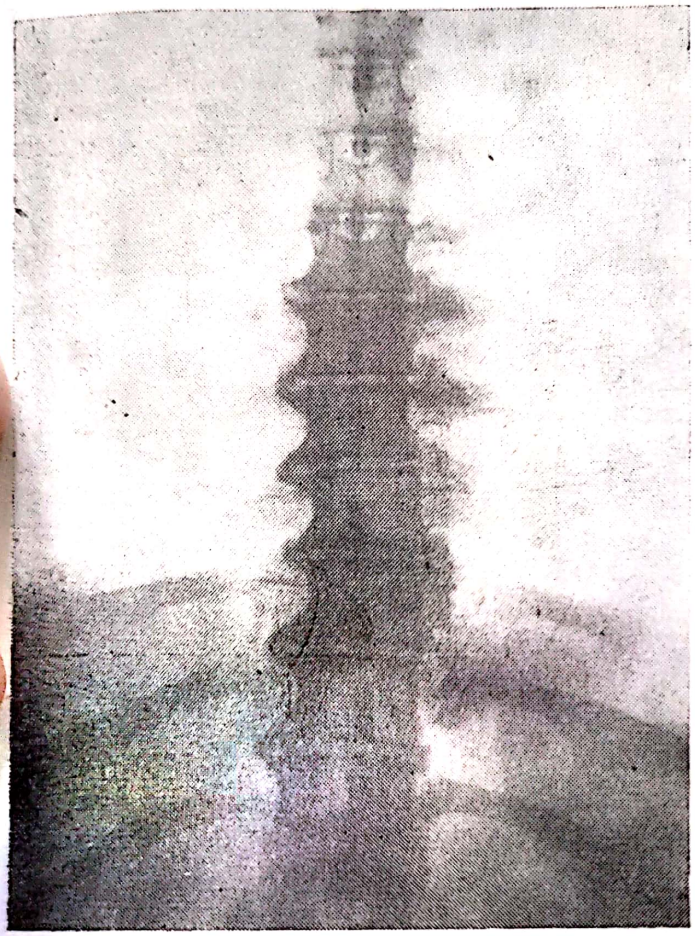

Fig. 40.

Fig. 41.

S-ar putea ridica problema diagnosticului diferențial cu boala Forestier-Rotès, dar radiografia de profil nu arată leziunile caracteristice. Pentru exemplificare, prezentăm radiografia de profil a regiunii toracale inferioare aparținînd unui bolnav cu boala Forestier-Rotès, la care radiografia de față ne arată modificări la acest segment, iar această radiografie de profil prezintă o bandeletă calcară situată anterior și luînd aspect văluit de „pseudo-bambus" (fig. 41).

Afirmarea originii spondilozice a unor dureri rebele trebuie să fie ultima ipoteză a diagnosticului diferențial, nu prima, din cauza extremei frecvențe a leziunilor de tip spondilozic (constatarea acestora nu trebuie să ne facă să omitem investigarea și a altor cauze asociate, posibile).

Obs. 21 — Bolnava C. M., în vîrstă de 20 de ani, a fost spitalizată pentru dureri lombare vagi și pentru un sindrom de lombosciatică stîngă.

Bolnava a acuzat aceste dureri de un timp foarte scurt, iar după un tratament fizioterapic și medicamentos a părăsit serviciul vindecată.

Surpriza cazului a constituit-o radiografia coloanei lombare de față, care, deși aparține unei bolnave destul de tinere prezintă osteofite laterale

Scanned with OKEN Scanner

mari cu structură osoasă evidentă, situate la unele vertebre lombare, fără a avea în trecutul ei suferințe la nivelul coloanei lombare, care ar putea să explice prezența acestor formațiuni.

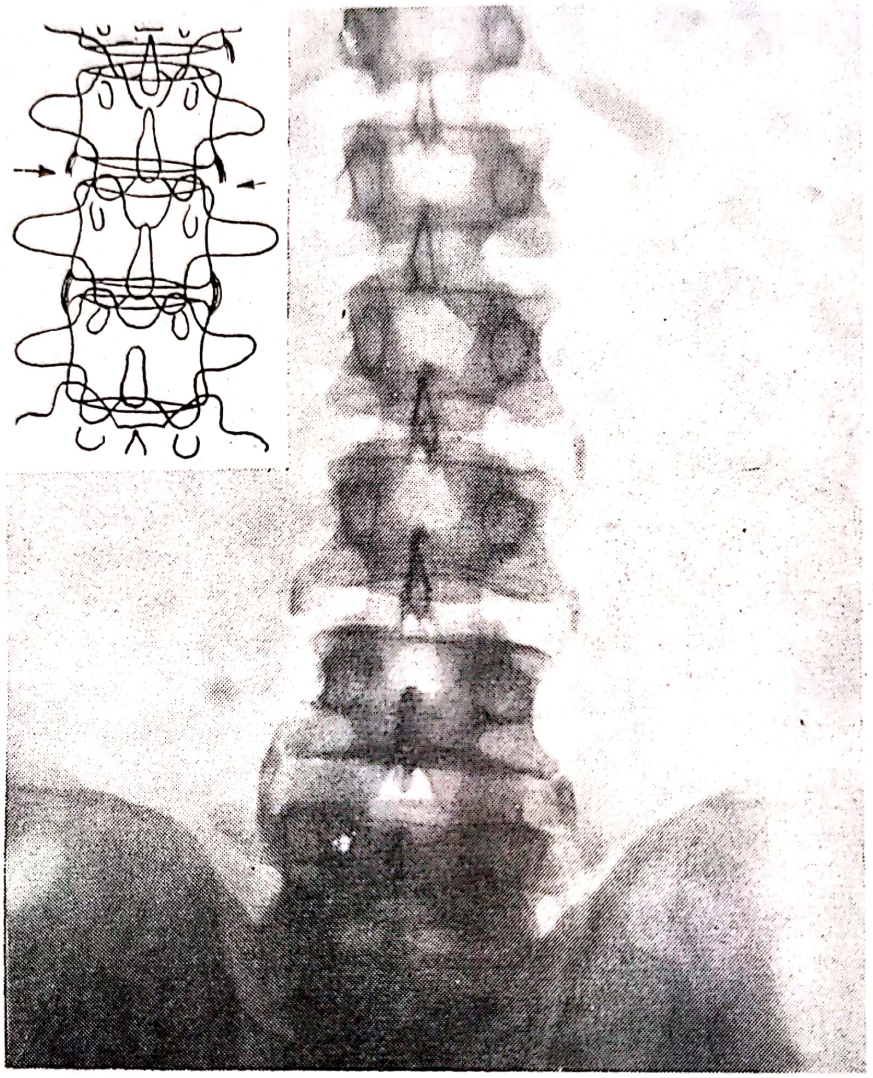

Fig. 42.

Discurile acestui segment sînt normale și nici la corpii vertebrali nu se observă vreo modificare scheletică.

Prezența acestor osteofite de origine osteogenică dă cazului un interes deosebit și o particularitate foarte rar întîlnită (fig. 42).

Obs. 22 — Bolnavul T. F., în vîrstă de 34 de ani, a fost internat pentru un sindrom lombar. Bolnavul prezenta în antecedentele sale și alte puseuri de lumbago acut.

La examenul coloanei vertebrale mișcările de lateralitate se efectuau cu o oarecare jenă.

Pe radiografia mărită, executată la nivelul coloanei lombare, am putut remarca la nivelul apofizei articulare inferioare stîngi a vertebrei L_2 prezența unui mic nucleu de creștere, considerat ca o adevărată epifiză a acestei apofize, rămasă nesudată în timpul creșterii, și cunoscută sub denumirea de „nucleu epifizar accesoriu" (fig. 43).

Scanned with OKEN Scanner

Este o anomalie vertebrală rar întîlnită, care, totuşi, trebuie căutată pe radiografiile de faţă ale coloanelor lombare, mai ales cînd nu se găsesc semne obiective în tulburările mişcărilor de lateralitate ale acestui segment.

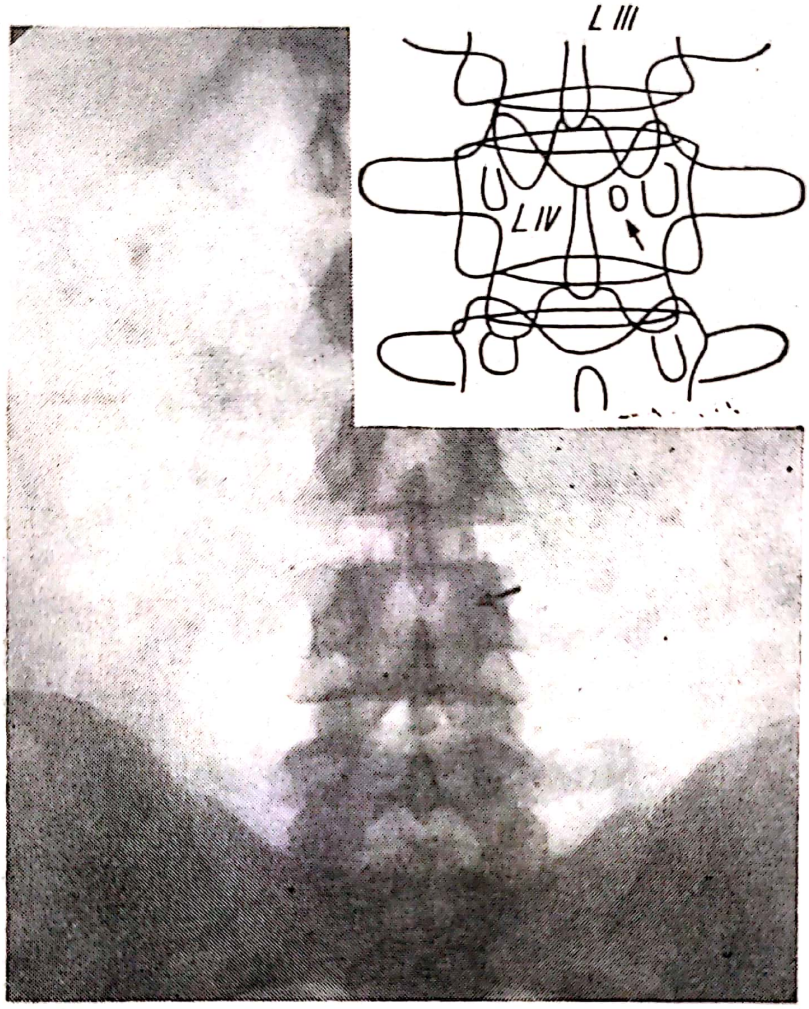

Fig. 43.

Obs. 23 — L. N., în vîrstă de 65 de ani ; în urmă cu 1 an, în timpul tratamentelor făcute în Sanatoriul „Moroeni" pentru o tuberculoză pulmonară, i-au apărut dureri în umărul stîng, cu limitarea mobilităţii ; ulterior, a apărut tumefacţia difuză a mîinii stîngi, pentru care se internează la Centrul de reumatologie.

Pe radiografia scheletului mîinii bilateral se poate remarca o osteoporoză evidentă a mîinii stîngi, cu aspect pătat, interesînd întreg scheletul mîinii şi epifizele distale ale oaselor antebraţului de aceeaşi parte, fără modificări ale spaţiilor la nici unul din etajele articulare (fig. 44).

Pe radiografia de faţă a umărului de aceeaşi parte, se poate remarca prezenţa unor mici zone chistice în apropierea corticalei, pe fondul unei osteoporoze evidente a capului humeral.

Radiografia pulmonară ne evidenţiază un proces de pahipleurită la vîrful stîng şi cîteva elemente nodulare şi liniare, fibroase, subclaviculare, de aceeaşi parte (fig. 45).

Scanned with OKEN Scanner

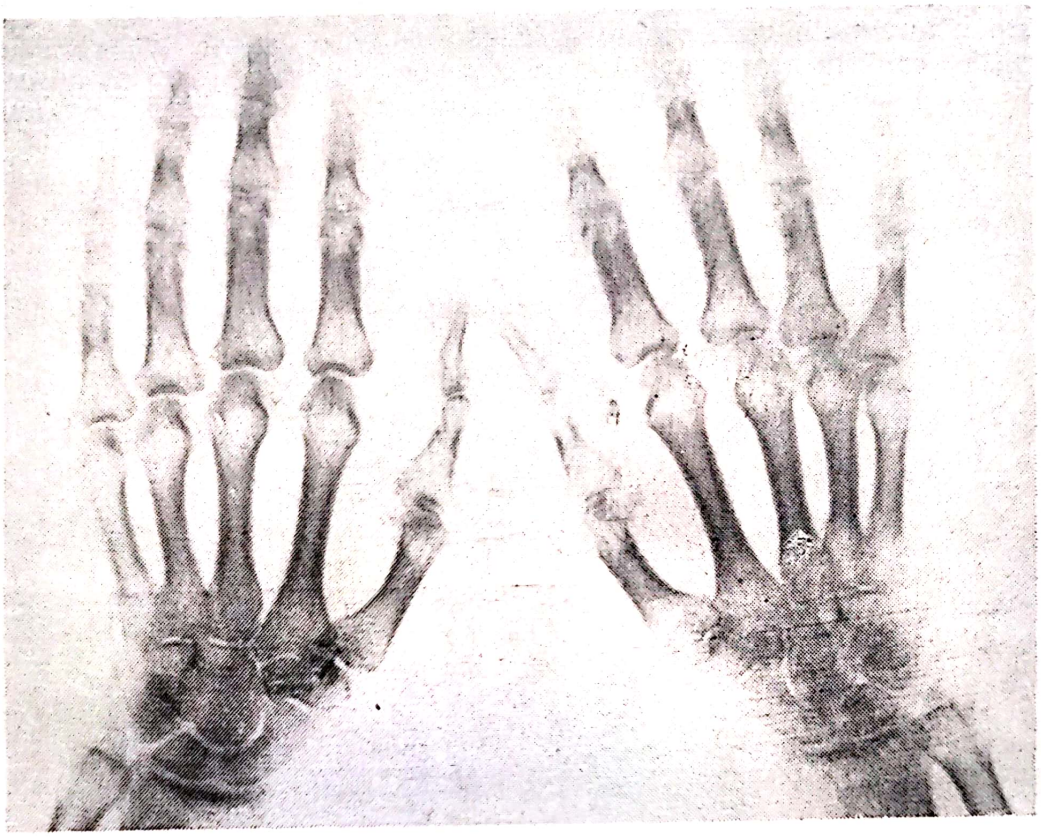

Fig. 44.

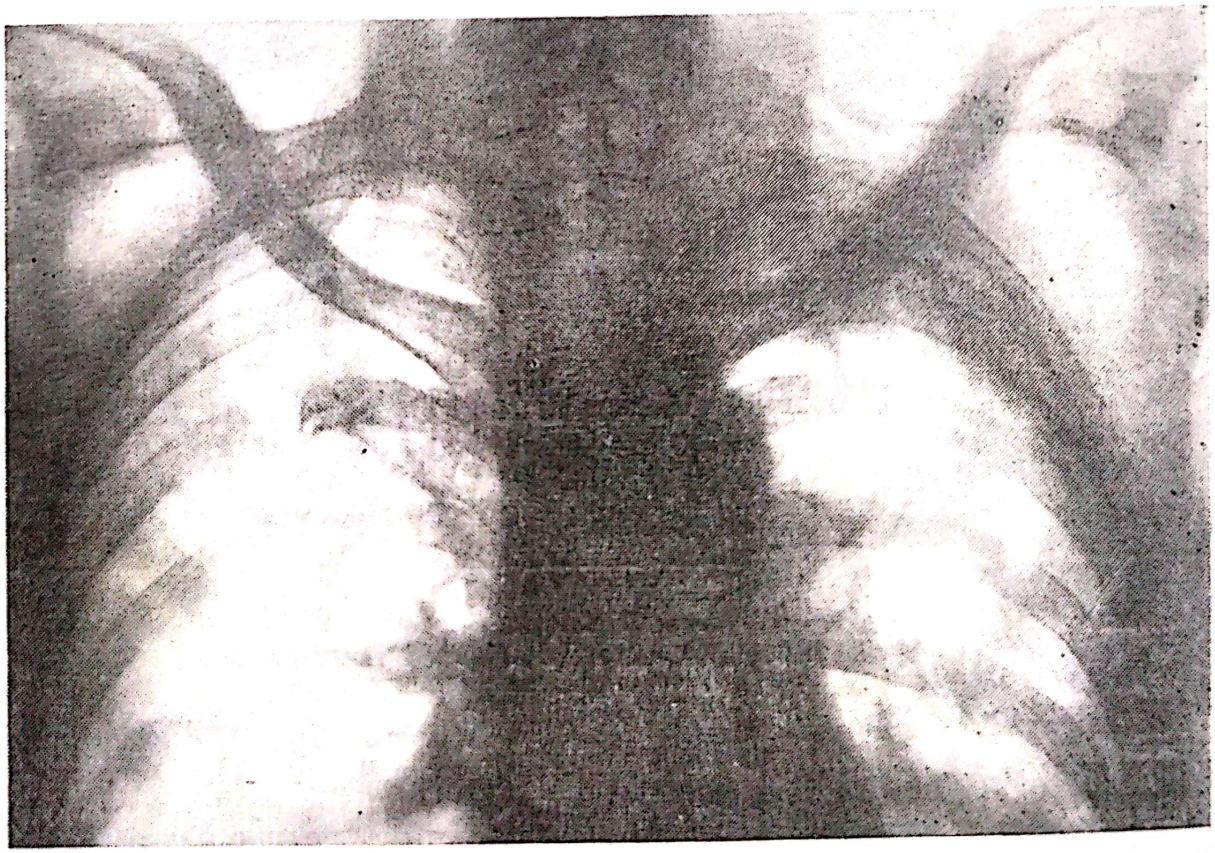

Fig. 45.

Scanned with OKEN Scanner

La acest sindrom algodistrofic simpatic al membrului superior stîng există o strînsă legătură din punct de vedere patogenic între pahipleurita vîrfului stîng și apariția sindromului umăr-mînă (Steinbrocker).

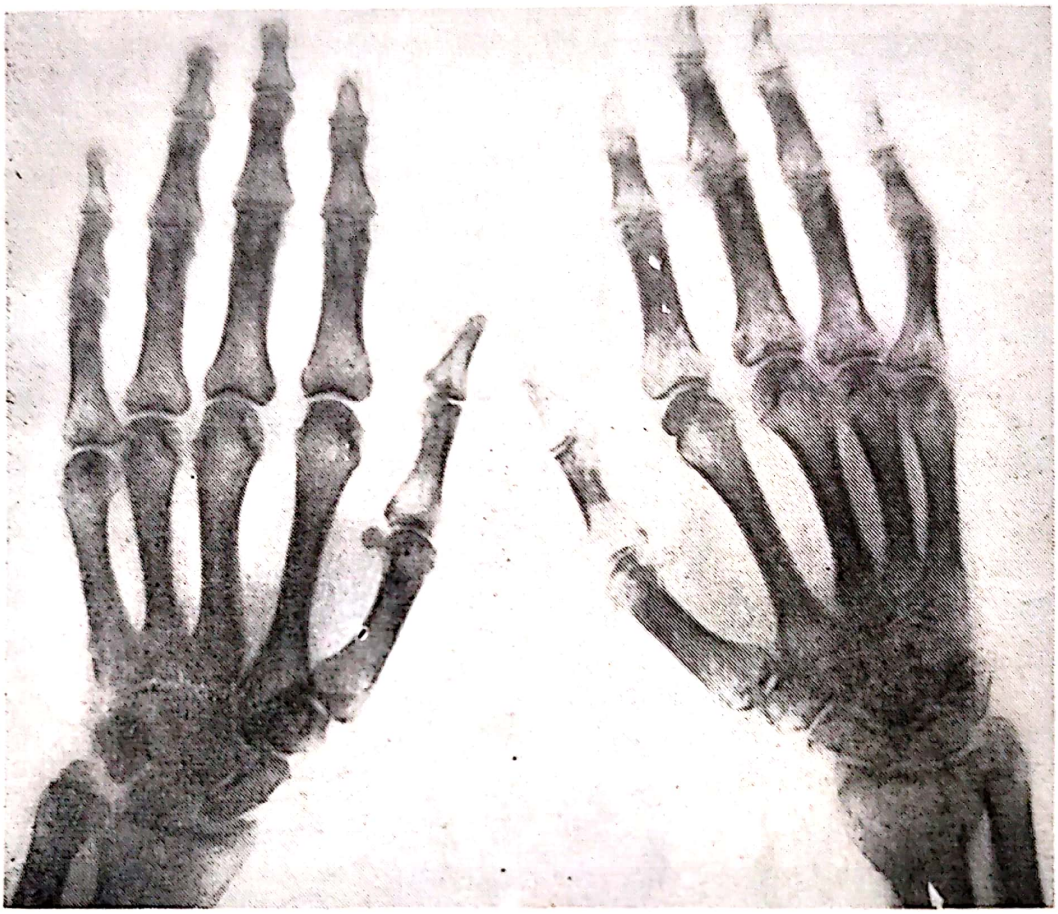

Fig. 46.

Diagnosticul diferențial se poate face cu poliartrita reumatoidă (forma ectosimpatozică).

Nu se poate trece la recuperarea funcțională, pînă cînd :

a) nu se tratează afecțiunea cauzală (tuberculoza) ;

b) nu se detumefiază mîinile prin tratamente medicale și nu se face un tratament energic al osteoporozei ;

c) nu se tratează în prealabil energic disfuncția neurovegetativă.

Obs. 24 — F. I., în vîrstă de 53 de ani, bucătăreasă, a fost internată la Centrul de reumatologie pentru un sindrom umăr-mînă stîng, survenit în urma unui traumatism, cu fractura radiusului stîng în treimea inferioară.

În timpul imobilizării în aparat gipsat a apărut mai întîi tumefacția difuză a mîinii stîngi, apoi dureri și redoare accentuată a umărului de aceeași parte.

Pe radiografia mîinilor de față se poate remarca, în afară de o fractură recentă în treimea inferioară a radiusului stîng, osteoporoza accentuată cu aspect pătat, interesînd scheletul mîinii stîngi, fără modificări ale spațiilor articulare adiacente (fig. 46). Radiografia articulației scapulo-humerale stîngi arată cîteva zone chistice în partea superioară a capului humeral (fig. 47).

Scanned with OKEN Scanner

În acest caz declanşarea procesului algodistrofic simpatic după un traumatism ne permite un diagnostic mai uşor ca în cazul precedent, în care algodistrofia simpatică era de origine reflexă, cu punct de plecare la distanţă (vîrful plămînului).

Fig. 47.

Urmărirea radiologică a fenomenelor tipice de osteoporoză constituie un element de apreciere a eficacităţii tratamentelor de recuperare şi un element prognostic important. Intensitatea osteoporozei este, în general, proporţională cu celelalte tulburări trofice (cutanate). Complexele de tratament trebuie aplicate înainte de agravarea tulburărilor trofice, deci înainte de stadiul al III-lea, cînd recuperarea funcţională este foarte dificilă.

Obs. 25 — T. F., în vîrstă de 40 de ani, se internează pentru dureri în articulaţia scapulo-humerală dreaptă, cu blocarea mobilităţii umărului.

Scanned with OKEN Scanner

Pe radiografia umărului de față se poate remarca în părțile moi, în regiunea supero-externă a capului humeral, prezența cîtorva formațiuni calcare de mărime și forme diferite, mergînd de la simple treneuri, pînă la formațiuni rotunde, atingînd diametrul unui sîmbure de cireașă (fig. 48).

Este aspectul clasic al periartritei acute scapulo-humerale (descrisă de Duplay), cu tendinita supraspinosului și tenobursită acută. Atragem atenția asupra tratamentului combinat cu ultrasunete și hidrocortizon (sonoforeza cu hidrocortizon), care poate duce la dispariția formațiunilor calcare (metoda a fost experimentată de dr. Aretina Georgescu și colab., în cadrul Centrului de reumatologie).

Cazurile de periartrită scapulo-humerală trimise pentru recuperare funcțională sînt relativ numeroase. Un important număr de periartrite scapulo-humerale nu au expresie radiologică.

La un procent găsim însă, ca în cazul de față, calcifieri la nivelul tendoanelor periarticulare predominant afectate, permițînd întărirea diagnosticului topografic.

Aceste forme „calcifiante" se dovedesc în general mai rebele, mai persistente la tratamentele de recuperare. Uneori, pentru a putea pune în evidență aceste calcifieri periatriculare este necesar să executăm o radiografie antero-posterioară cu rotație externă a capului humeral și alta cu rotație internă, iar alteori cu brațul ridicat în abducție.

Obs. 26. — G. I., de 49 de ani, funcționară, prezentînd dureri spontane și la mobilizarea policelui drept, accentuate cu ocazia scrisului sau apucării unor obiecte cu mîna respectivă.

În plus, prezintă dureri cervico-lombare și ale genunchilor, care s-au accentuat în ultimii doi ani, după instalarea menopauzei.

Tabloul clinic este dominat de durerile rebele, de la baza policelui drept. Baza primului metacarpian este mărită de volum, mobilizarea provoacă cracmente, iar eminența tenară prezintă un grad de amiotrofie.

Radiografia policelui drept de profil (în incidența de elecție pentru spațiul carpo-metacarpian) arată o îngustare a spațiului articular trapezo-metacarpian, discrete condensări ale fețelor articulare alăturate și formațiuni osteofitice la acest nivel (fig. 49).

Este deci vorba de „rizartroza policelui" la o bolnavă cu poliartroze accentuate, după instalarea menopauzei.

Rizartroza policelui este o afecțiune adeseori extrem de dureroasă și care determină un grad mai mare sau mai mic de limitare a prehensiunii și impune măsuri foarte energice și susținute de recuperare, pentru a evita limitarea activității profesionale a bolnavului. Trebuie combătută tendința primului metacarpian de a adopta o atitudine vicioasă, deviat înainte și înăuntru, fixîndu-se paralel cu metacarpianul doi. Cînd leziunile sînt avansate, metacarpianul se subluxează în afară.

Obs. 27 — C. M., în vîrstă de 38 de ani, de profesiune galvanizator (meserie care-i impune un ortostatism prelungit), se internează pentru dureri la nivelul șoldurilor și al regiunii lombare, mai accentuate după efort și cu limitarea discretă a mobilității.

Pe radiografia de bazin se constată o ușoară lărgire a cavității cotiloide, cu tendință la verticalizare a acoperișului și de condensare a lui.

Capul femural este, de asemenea, ușor deformat, iar unghiul cervico-diafizar este mai obtuz decît în mod normal, avînd o tendință la *coxa valga* (fig. 50).

Sîntem în fața unei displazii moderate a articulațiilor coxo-femurale, care poate duce spre coxartroză (așa cum se poate remarca în cazul următor).

Scanned with OKEN Scanner

Cazul se încadrează printre „deformațiile preartrozice“ descrise de Hackenbroch.

Malformația capetelor femurale, *coxa valga* și malformația cotilului (insuficient continent) pot determina, cu timpul, o coxartroză bilaterală, pe care trebuie să o prevenim.

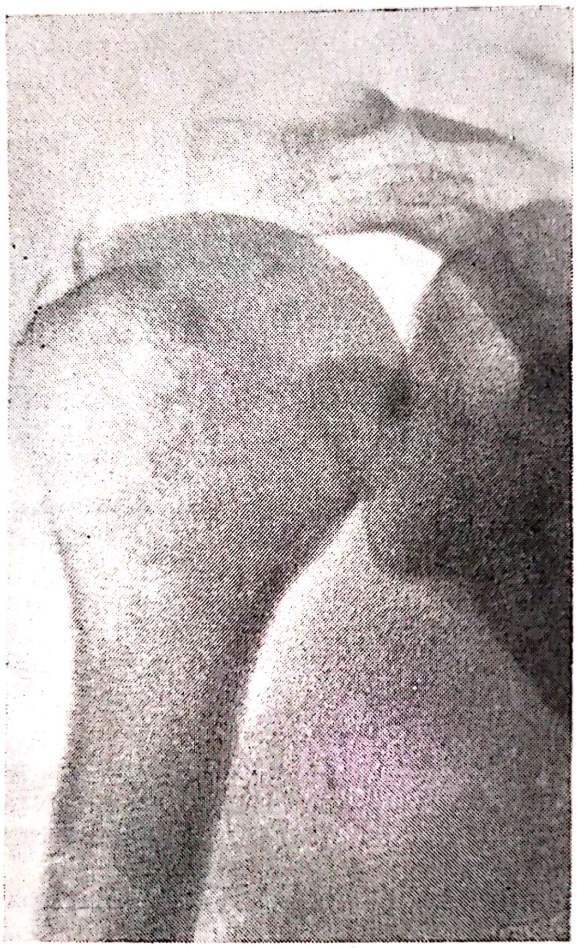

Fig. 48.

Fig. 49.

Bolnavul va evita staționarea prelungită în picioare, mersul pe distanțe mari, va lupta contra supraîncărcării ponderale, va tonifia sistematic musculatura membrelor inferioare, va evita sporturile traumatizante (fiind permise înotul și mersul cu bicicleta).

Dacă se va manifesta tendința către o leziune polară superioară cu subluxație progresivă, se va indica intervenția chirurgicală cît mai precoce.

Obs. 28 — T. E., în vîrstă de 37 de ani, pensionară, se internează pentru o displazie spondilo-epifizară (boala Morquio), însoțită de dureri predominante în coloana dorso-lombară și în articulațiile coxo-femurale.

Pe radiografia bazinului de față, atît modificările de aspect artrozic de la nivelul articulațiilor sacro-iliace, cît și al celor coxo-femurale sînt foarte accentuate.

Bazinul și segmentele scheletice adiacente ale coapselor sînt hipoplazice, diafiza femurală este osteoporotică, iar epifiza prezintă deformări ale capului și colului.

Scanned with OKEN Scanner

Capul are o formă de clopot, prezentînd la partea liberă o coroană de osteofite mari, iar pe aria sa, zone insulare de condensare și numeroase chisturi.

Spațiul articular este îngustat, cavitatea cotiloidă adîncită și sclerozată (fig. 51). Această coxopatie „axială" dublă, în cadrul bolii Morquio, se tratează ca o coxartroză obișnuită. În aceste cazuri, de obicei, nu sînt indicate intervențiile chirurgicale.

Obs. 29 — R. I., în vîrstă de 30 de ani, se internează la Centrul de reumatologie pentru boala Morquio.

Aspectul tipic de artroză pe care-l îmbracă leziunile articulațiilor tibio-tarsiană și medio-tarsiană ne-a făcut să prezentăm radiografia alăturată, pe care suprafețele scheletice apar puternic condensate, spațiile articulare sînt îngustate, iar la partea liberă a articulațiilor se găsesc numeroase formațiuni osteofitice. Segmentele scheletice sînt osteoporotice (fig. 52).

Complexele de tratament și recuperare se aplică ca pentru artrozele obișnuite.

★

Subliniem, în încheiere, cîteva aspecte clinico-radiologice mai importante, pe care trebuie să le avem în vedere, atunci cînd elaborăm planurile de tratament și recuperare a unor afecțiuni reumatice însoțite de deficiențe motorii :

1. În domeniul reabilitării reumaticilor, examenele radiologice ne sînt utile nu numai pentru precizarea diagnosticului, dar și pentru stabilirea cît mai exactă a stadiului evolutiv și a tipurilor lezionale anatomo-clinice determinate de boală și aprecierea consecințelor biomecanice, cu compromiterea funcțională a unor gesturi uzuale și profesionale.

2. Studiul clinico-radiologic care precede elaborarea planului de reabilitare trebuie să nu se limiteze la articulația afectată, ci să cuprindă și articulațiile învecinate și simetrice, pentru că afectarea (chiar și numai discretă) și a altor articulații schimbă obiectivele planului de recuperare și prognosticul funcțional.

3. În studiul coloanei vertebrale la spondilartrite trebuie precizat stadiul lezional al ligamentelor vertebrale, precum și al articulațiilor costo-vertebrale, costo-transverse și interapofizare. Tratamentele de reabilitare aplicate înainte de calcifierea ligamentelor intersomatice, sau în stadiul I (de osteoporoză și estomparea interliniilor articulațiilor amintite), sau cel mult în stadiul al II-lea (de pensare și eroziuni) sînt mai puțin dificile decît în stadiul al III-lea (de anchiloză, cu dispariția interliniului și osificarea capsulei), cînd leziunile sînt ireversibile, iar deficitul funcțional irecuperabil.

4. Prinderea frecventă (60—75%), precoce și de obicei bilaterală a articulațiilor coxo-femurale în spondilartrita anchilozantă agravează prognosticul și creează dificultăți mari în recuperarea funcțională. Este util să precizăm, totdeauna, tipul lezional : coxartrită *a minima* (numai cu osteoporoză), forme asemănătoare coxartrozei, forme „cre-

Scanned with OKEN Scanner

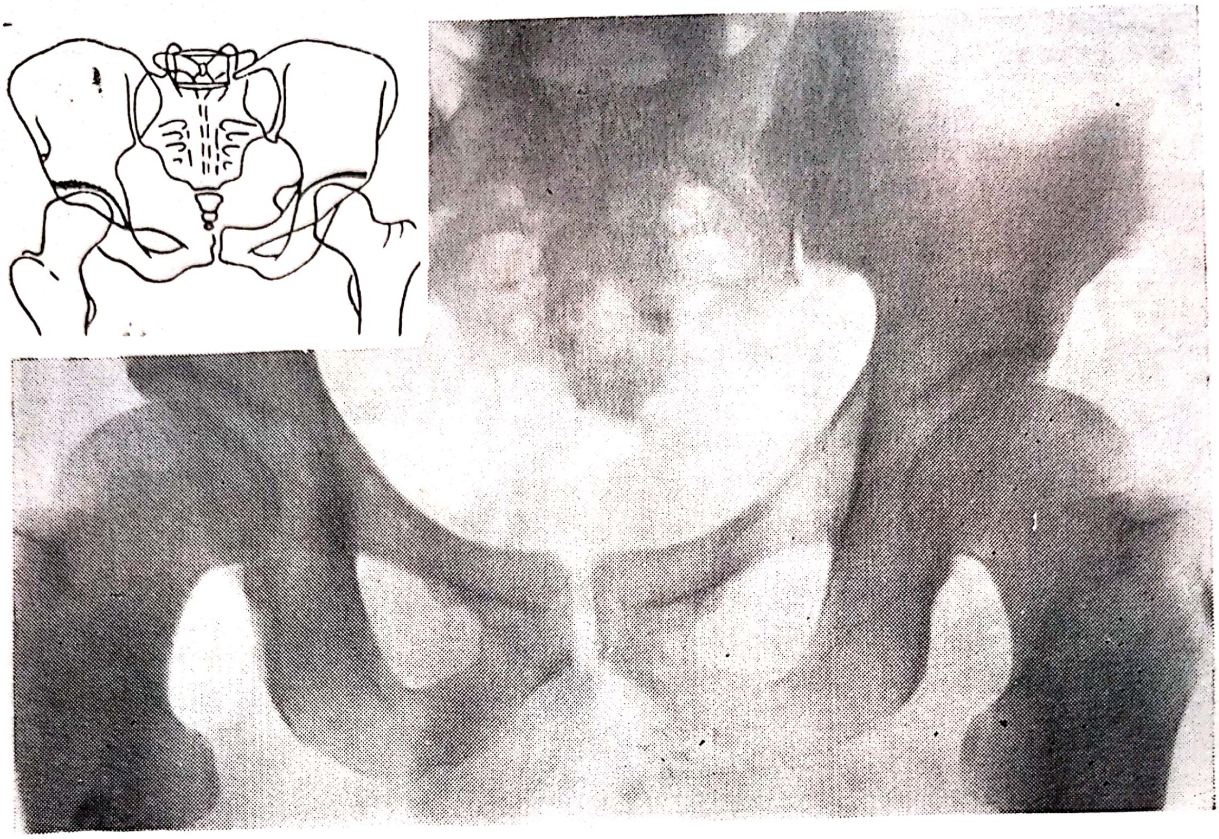

Fig. 50.

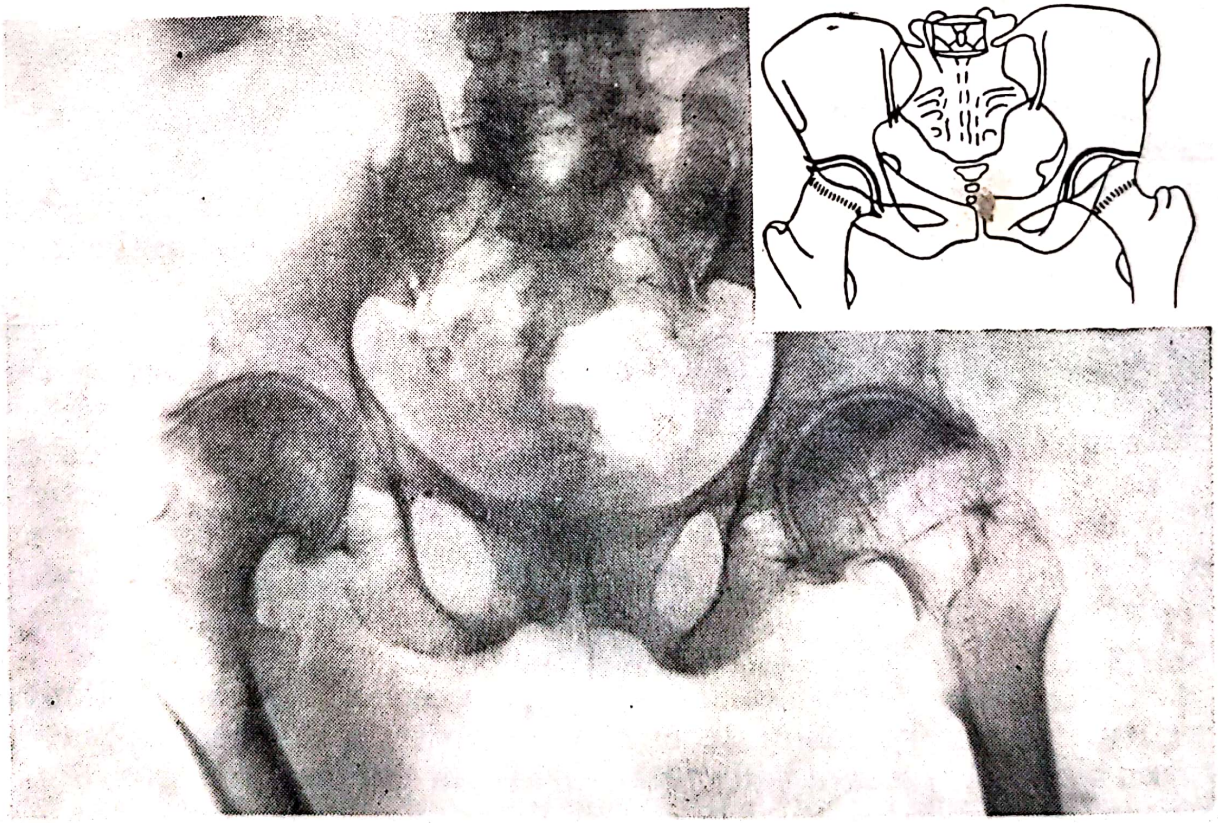

Fig. 51.

Scanned with OKEN Scanner

nelate“ (ulcerative) sau forme anchilozante. Acestea au un prognostic funcţional diferit şi impun tratamente de recuperare diferenţiate.

5. Lezarea articulaţiilor periferice în spondilartrită (care poate să preceadă sindromul rahidian, sau apare tardiv la o spondilartrită

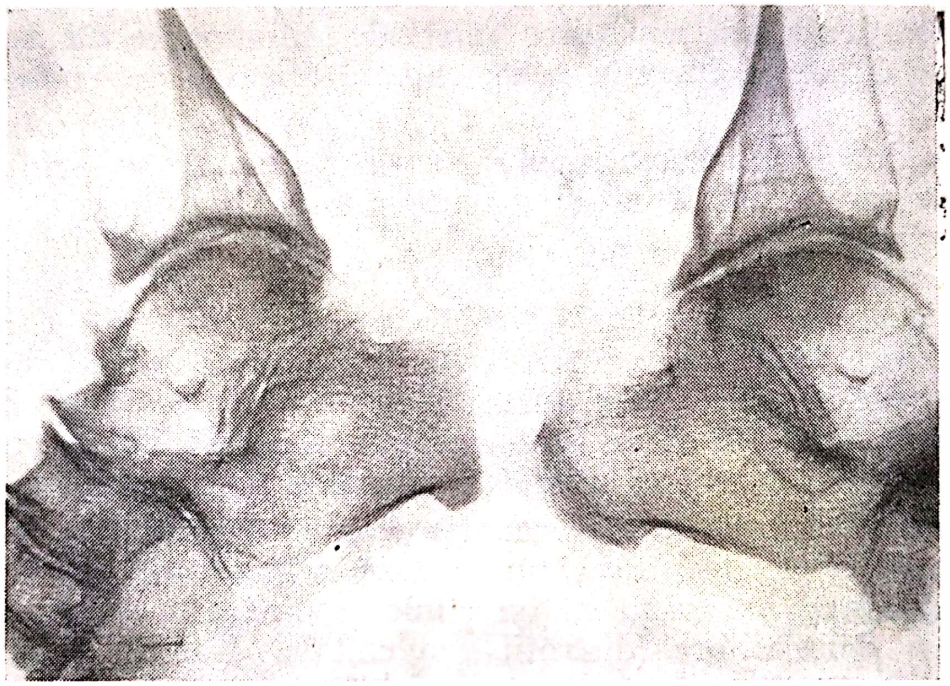

Fig. 52.

evoluată, sau se produc simultan leziuni rahidiene şi periferice, care evoluează paralel) impune aplicarea unor tratamente de recuperare, asemănătoare în parte cu cele din poliartrita reumatoidă. Dar, în recuperarea poliartritei reumatoide ne lovim mai frecvent de leziunile distructive, în timp ce în spondilita anchilopoietică dificultăţile ţin de tendinţa către un tip special de anchiloze (cu participarea predominantă a capsulei şi ţesuturilor periarticulare, inflamaţia acestora fiind urmată de o transformare fibroasă şi osoasă). Toate aceste detalii, deosebit de utile în recuperare, nu pot fi evidenţiate decît printr-un studiu radiologic sistematic.

6. Gravitatea deosebită a leziunilor articulaţiei coxo-femurale în poliartrita reumatoidă şi dificultăţile mari ale recuperării lor funcţionale ne impun depistarea acestor coxite cît mai aproape de debut. Nu trebuie să uităm că acestea se pot produce uneori precoce (la 1—2 ani de la debut) şi că semnele clinice preced, de obicei, pe cele radiologice (cu cîteva luni sau chiar ani), iar imaginea radiologică de debut se caracterizează prin osteoporoza capului şi cotilului şi pensarea discretă supero-internă a interliniului. Diagnosticarea tardivă (în

Scanned with OKEN Scanner

faza cu leziuni distructive ale capului şi cotilului, cu subluxaţii, protruzii etc.) face imposibilă o recuperare funcţională.

7. În precizarea diagnosticului între spondilartrita anchilozantă (Sp.A.) şi poliartrita reumatoidă (P.R.) întîmpinăm uneori dificultăţi. Amintim posibilitatea lezării articulaţiilor sacro-iliace în P.R., ca şi posibilitatea lezării articulaţiilor mici ale mîinilor în Sp.A. (forma „scandinavică", care, în plus, poate avea şi reacţiile de hemaglutinare pozitive).

8. În domeniul reumatismelor degenerative ale şoldului, numai un examen radiografic atent şi sistematic poate depista unele modificări „preartrozice", unele malformaţii discrete sau semnele incipiente de coxartroză (descentrarea capului femural, în raport cu cavitatea cotiloidă, pensarea discretă a interliniului la nivelul polului superior, unde presiunea suportată este mai puternică). Depistarea clinico-radiologică precoce şi tratarea „deformaţiilor preartrozice" încă din adolescenţă sau la adultul tînăr sînt esenţiale, împiedicînd sau întîrziind apariţia unor coxartroze şi uşurînd tratamentul de recuperare.

9. Întrucît în patogenia coxartrozelor dezechilibrele bazinului joacă un rol foarte important, nu începem tratamentele pînă cînd nu am stabilit exact, printr-un studiu clinico-radiografic amănunţit, cauzele acestor dezechilibre (distrofii congenitale, fractură cu calusuri vicioase, coxartroză unilaterală etc.). Echilibrarea bazinului (urmărită clinic şi radiografic) este esenţială în succesul recuperării funcţionale.

10. Dacă malformaţiile importante ale şoldului sînt uşor diagnosticabile, în schimb „displaziile simple", cu modificări discrete morfologice (dar care generează, totuşi, un procent important de coxartroze), nu pot fi evidenţiate decît prin „coxometrie" radiografică (cu ajutorul unui raportor special), calculînd : oblicitatea acoperişului cotiloidian, gradul de contenţie a capului femural în cavitatea cotiloidă şi unghiul de înclinare cefalo-cervico-diafizar. Aceste date pot constitui un criteriu obiectiv de apreciere în domeniul recuperării funcţionale.

11. Compararea radiografiilor în ortostatism cu cele în decubit poate fi necesară nu numai în domeniul deviaţiilor statice vertebrale (de exemplu, în aprecierea indicelui de suplete a unei scolioze), dar, uneori, şi pentru articulaţiile membrelor inferioare. Astfel, facem adesea radiografia genunchilor şi în ortostatism, pentru că o pensare mai discretă a interliniului femuro-tibial, poate să nu devină evidentă decît în această poziţie, fiind adesea singurul semn radiologic de gonartroză incipientă. În ceea ce, priveşte interliniul femuro-patelar, unde apar mai frecvent primele leziuni artrozice, radiografia de profil trebuie, uneori, completată cu o radiografie în incidenţă axială (tehnica lui Wiberg), care evidenţiază mai bine faţa posterioară a rotulei

Scanned with OKEN Scanner

şi interliniul femuro-patelar. Depistarea acestor cazuri cu leziuni incipiente permite o recuperare mai rapidă şi mai durabilă.

12. În cazul unor discrete deformaţii în *varum* sau *valgum* ale genunchilor este util, pentru urmărirea eficacităţii tratamentelor de reabilitare, să studiem periodic, pe radiografii, reacţiile de condensare osoasă (înălţimea triunghiului de densificare osoasă creşte proporţional cu accentuarea deformaţiei).

13. Dat fiind cazurile extrem de variate care pot determina un umăr dureros (degenerative, metabolice, vasculare, nervoase, tumorale etc.), înainte de a aplica tratamentele de reabilitare, trebuie să facem un diagnostic diferenţial atent ; examenul radiografic trebuie să cuprindă radiografii anteroposterioare în rotaţie internă, în rotaţie externă, sau cu braţul ridicat în abducţie, sau din incidenţă axială, sau, în sfîrşit, artrografii (care oferă date preţioase de anatomie radiologică). Numai pe baza unui asemenea studiu amănunţit se pot evita erori diagnostice şi se aplică un tratament de recuperare corect.

14. În discopatii, radiografiile trebuie executate în poziţia de funcţiune (în ortostatism), pentru a evidenţia mai bine tulburările statice vertebrale (antalgice sau preexistente) şi pentru a efectua probele radiodinamice, demonstrînd „electivitatea" unor „pensări" sau „căscări" discale. Stabilirea exactă a deviaţiilor vertebrale este esenţială, pentru că succesul recuperării depinde, în primul rînd, de reechilibrarea curburilor vertebrale şi uşurarea compresiunilor discale.

15. În algodistrofiile simpatice ale membrelor, diagnosticul trebuie pus înainte de constituirea unor leziuni trofice avansate, a căror recuperare este foarte dificilă. La examenul radiografic nu trebuie să uităm că decalcifierea este nu numai epifizară, ci adeseori şi diafizară, fără a determina pensări, eroziuni sau distrucţii osoase.

16. Uneori, fără ajutorul examenelor radiografice nu este posibil să punem un diagnostic de certitudine. De exemplu : prezenţa unei lombalgii însoţite de coxită ridică o serie de ipoteze diagnostice, printre care nu trebuie să uităm posibilitatea unei spondilartrite anchilozante, chiar şi la femei. Tot astfel coexistenţa unei lombalgii persistente cu artrite periferice sau cu o sciatalgie trebuie să ne facă să studiem, cu atenţie, articulaţiile sacro-iliace din incidenţele clasice sau cu înclinare.

17. La bărbat, prinderea articulaţiilor metatarso-falangiene — evidenţiată clinic prin dureri la flexia degetelor (semnul Stoia), iar

Scanned with OKEN Scanner

radiologic prin leziuni la nivelul articulațiilor metatarso-falangiene — trebuie să ne sugereze debutul unei poliartrite reumatoide.

18. Prinderea coloanei cervicale sau a articulațiilor coxofemurale la un copil trebuie să ne sugereze ipoteza unei poliartrite reumatoide, care, apărută la această vîrstă, are asemenea predilecții topografice, iar pe de altă parte, afectează (în mod inegal) creșterea scheletală.

19. În diagnosticul clinico-radiologic al afecțiunilor reumatice ale piciorului trebuie investigată și posibilitatea asocierii leziunilor artrozice cu cele gutoase, ceea ce schimbă modalitățile terapeutice și de recuperare.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul al II-lea

ASPECTE GENERALE PRIVIND REABILITAREA REUMATICILOR CU DEFICIENȚE MOTORII

Sistemul de organizare spitalicească din numeroase țări a fost pînă nu de mult axat cu precădere — sau chiar exclusiv — pe asistența afecțiunilor acute. Pe măsura rezolvării, cu succes, a unor probleme de profilaxie și tratament al afecțiunilor acute, iar pe de altă parte paralel cu ridicarea mediei de viață, s-a constatat în structura morbidității o creștere tot mai însemnată a ponderii bolilor cronice, printre care reumatismul ocupă unul din primele locuri.

Numărul important de deficiențe motorii determinate de afecțiunile reumatice face din recuperarea funcțională și readaptarea profesională a acestora o problemă de primă importanță și actualitate. Este desigur o greșeală să considerăm că s-a făcut totul pentru un bolnav reumatic atunci cînd i s-au prescris diversele medicamente antireumatice, foarte utile în tratamentul puseului acut, dar insuficiente pentru a combate și recupera atrofiile musculare, retracțiile capsulo-ligamentare, deformațiile, redorile și anchilozele în poziții vicioase, care nu mai permit bolnavului să execute o serie de acte din viața curentă și din profesie. Multă vreme, tratamentele de recuperare și reeducare au fost subestimate și încadrate printre tratamentele secundare, accesorii, la care se recurgea, de obicei, în ultimul stadiu. Or, una din condițiile de succes este aplicarea acestor tratamente încă din primele zile de apariție a bolii și a incapacității de muncă. Pentru acest motiv, au fost dezvoltate în primul capitol al acestei lucrări problemele de diagnostic precoce, ca și alte aspecte care pot ajuta punerea unui diagnostic cît mai exact al formei clinice, al

Scanned with OKEN Scanner

stadiului şi tipului lezional anatomo-radiologic, strict necesare pentru individualizarea tratamentelor de reabilitare.

Dezvoltarea şi punerea la punct a metodelor de recuperare şi readaptare a reumaticilor cu deficienţe motorii au determinat, în ultimii ani, importante progrese în domeniul reumatologiei, aceste metode de tratament ajungînd astăzi să fie considerate printre tratamentele de bază în reumatologia modernă, constituind obiectul unei adevărate specialităţi, care necesită cunoştinţe complexe, din domenii foarte variate şi care se exercită încă de la intrarea bolnavului în clinică şi se continuă apoi pe plan social şi profesional, ajutînd deficientul motor să-şi reia locul în familie, în muncă şi în societate. Nu este vorba de descoperirea propriu-zisă a unor tratamente noi, ci, mai degrabă, de dezvoltarea şi perfecţionarea unei noi formule terapeutice, una din principalele formule terapeutice ale generaţiei noastre, care, prin obiectivele pe care le urmăreşte, este superioară oricăror alte metode, atît pe plan ştiinţific medical, cît şi pe plan social şi umanitar. Drumul pe care trebuie să-l parcurgem de la apariţia bolii sau a incapacităţii de muncă şi pînă la reîncadrarea deficientului motor în munca productivă este adeseori lung şi dificil (mai ales în domeniul reumatismelor inflamatoare) şi presupune multă perseverenţă şi pricepere. Pe de altă parte, aplicarea competentă şi individualizată a diferitelor mijloace medicale, ortopedice, kinetoterapice, ergoterapice, balneo-fizioterapice, de orientare profesională etc. presupune părăsirea vechiului sistem de medicină individuală, în favoarea medicinei de echipă. Într-adevăr, rezolvarea dificilelor şi variatelor cazuri de deficienţe motorii determinate de afecţiunile reumatice impune o strînsă şi permanentă colaborare între reumatolog, ortoped, kinetoterapeut, balneofizioterapeut, ergoterapeut, specialistul în medicina muncii şi în orientare profesională etc. Aşa s-a născut necesitatea înfiinţării unor centre de reabilitare pentru reumaticii cu deficienţe motorii, amenajate şi dotate corespunzător şi deservite de o echipă complexă de specialişti.

Gradul de dezvoltare a acestei probleme în diversele ţări a fost diferit, ca şi formulele de organizare adoptate. Preocupări mai vechi şi mai susţinute pentru reabilitarea reumaticilor au existat în Franţa, Polonia, Cehoslovacia, Iugoslavia, S.U.A., Anglia, Belgia, Suedia, Finlanda etc.

În Franţa, în afara secţiilor de recuperare şi readaptare funcţională de pe lîngă clinicile şi centrele de reumatologie, există centre de reeducare profesională, ateliere „protejate", centre pentru lucru la domiciliu, cămine de ajutor reciproc, iar pentru infirmii mai în vîrstă şi irecuperabili, cămine pentru invalidităţi reumatismale de lungă durată.

Scanned with OKEN Scanner

În Polonia, dintre centrele specializate, amintim pe cele de la Konstantynov (lîngă Varşovia), Cieplice (Poznan) şi Swiebodzin.

Din Cehoslovacia, amintim secţiile de recuperare pentru reumatici de la Marianske-Lazne, Kladubry, Piestany, Moravska-Ostrava.

În Anglia sînt organizate două tipuri de unităţi : de reabilitare medicală (subordonate Ministerului Sănătăţii) şi unităţi de reabilitare industrială (care ţin de Ministerul Muncii). În afară de centrele de reabilitare de la Londra, Leeds, Edinburgh, Manchester, Bristol etc., marile spitale au secţii speciale de recuperare. Bolnavii care au trecut prin centrele medicale de reabilitare şi care au arătat anumite aptitudini pentru o muncă specializată sînt repartizaţi apoi într-un centru de readaptare profesională, unde, timp de 6 luni, se efectuează o reeducare profesională în diverse ramuri industriale, precum şi în munci de birou, contabilitate etc. Cei parţial recuperaţi, care nu au putut fi plasaţi în muncă, sînt repartizaţi în „atelierele protejate". Unele fabrici şi uzine mai mari (Vauxhall din Luton, Austin din Longbridge ş.a.) au amenajat în incinta lor ateliere speciale de reabilitare industrială pentru lucrătorii deficienţi motori, în care maşinile-unelte sînt astfel adaptate, încît să poată fi manipulate şi să se obţină prin manipularea lor un exerciţiu cu valoare terapeutică. Separarea formală dintre unităţile de reabilitare medicală şi industrială este defavorabilă, nepermiţînd totdeauna a continuitate de-a lungul diverselor etape ale procesului de reabilitare. Tendinţa actuală este de a se reuni, în cadrul aceluiaşi local, activitatea de reabilitare medicală şi cu cea de reeducare profesională.

Şi în structura morbidităţii din ţara noastră se constată, în ultimii ani, o creştere a ponderii bolilor cronice. Anchetele de morbiditate întreprinse de M.S.P.S. au arătat că bolile aparatului locomotor se situează printre primele cauze de morbiditate, cu o frecvenţă mai mare la grupele de vîrstă între 45 şi 55 de ani. Pe de altă parte, afecţiunile reumatice ocupă unul din primele locuri printre cauzele care impun acordarea pensiilor de invaliditate. O parte dintre bolnavii atinşi de poliartrita reumatoidă, spondilartrita anchilozantă, coxartroze, discopatii etc. prezintă deficienţe motorii care le diminuă capacitatea de efort şi de muncă. Aceste deficienţe pot fi prevenite, depistate precoce şi corijate atunci cînd s-au produs, iar capacitatea de efort şi de muncă poate fi recuperată.

Preocupările noastre pentru problemele de recuperare şi readaptare a reumaticilor au rezultat din aceste aspecte cu care sîntem confruntaţi în practica medicală zilnică şi, mai ales, din constatarea că un număr important de reumatici nu pot să-şi reia activitatea imediat după stăpînirea puseului acut.

Scanned with OKEN Scanner

Încă din 1957, în cadrul „Secției de cercetări de reumatologie" și apoi în cadrul Centrului metodologic de reumatologie, I. Stoia și I. Stroescu au inițiat o serie de studii urmărind punerea la punct și perfecționarea metodologiei recuperării și readaptării funcționale a reumaticilor cu deficiențe motorii. Cu sprijinul M.S.P.S. s-a organizat o secție de recuperare a reumaticilor cu deficiențe motorii (cuprinzînd un serviciu clinic, de ortopedie, de kinetoterapie, un laborator de electromiografie, fizioterapie, hidroterapie etc.), deservită de o echipă de specialiști reumatologi, ortopezi, kinetoterapeuți și fizioterapeuți.

Lucrarea de față oglindește, în mare parte, experiența practică acumulată de specialiștii acestei secții, confruntată cu datele cele mai noi din experiența centrelor de reabilitare din străinătate.

METODE CLINICE DE BILANȚ ARTICULAR ȘI MUSCULAR

Pentru stabilirea unui prognostic funcțional și pentru urmărirea obiectivă și dinamică a evoluției bolii și a eficacității tratamentelor de recuperare, trebuie ca, prin testări periodice, să evaluăm gradul de amplitudine a mișcărilor articulațiilor afectate și forța de contracție a mușchilor respectivi.

Pentru măsurarea bilanțului articular se trasează în prealabil o serie de repere și linii axiale : se reperează interlinia articulară, trasînd la acest nivel o linie pe perimetrul membrului. Se trasează apoi linii axiale pe mijlocul fețelor anterioară, posterioară și laterală, reprezentînd marele ax al pîrghiei articulare. În domeniul recuperării deficiențelor motorii nu se măsoară unghiul real (adică delimitat de cele două pîrghii), ci unghiul imaginar (dintre pîrghia distală și poziția „zero articular"). De obicei, unghiul imaginar este un unghi suplimentar (reprezentînd diferența dintre unghiul real și 180°), cu excepția piciorului, unde este vorba de un unghi complementar (reprezentînd diferența dintre unghiul real și 90°). În afară de gradul precis de amplitudine a fiecărei mișcări, noi calculăm la fiecare bolnav coeficientul funcțional de mobilitate (după Ch. Rocher) : se măsoară, în grade, amplitudinea fiecărei mișcări a articulației respective și se înmulțește cu coeficienții (stabiliți în raport cu valoarea funcțională a unghiului de mobilitate), se totalizează și se raportează la sută (tabel I).

În felul acesta, prin cîteva cifre, se poate caracteriza funcția unei articulații, ceea ce ne ajută mult în domeniul recuperării.

Pentru măsurarea bilanțului muscular se folosesc metode mecanice (dinamometria, ergografia), metode electrice (cronaximetria, electromiografia) și metode clinice.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul I

Coeficientul funcţional de mobilitate (după Ch. Rocher)

Umăr

Antepulsia :	0— 90° = 0,3
	90—130° = 0,2
	130—170° = 0,1
Abducţia :	0— 45° = 0,3
	45— 90° = 0,2
	90—180° = 0,1
Rotaţia internă, rotaţia externă, retropulsia	= 0,1

Cot şi antebraţ

Pronaţia :	0— 30° = 0,4
	30— 60° = 0,2
	60— 90° = 0,1
Supinaţia :	0— 30° = 0,4
	30— 90° = 0,2
Flexia :	0— 20° = 0,2
	20— 80° = 0,4
	80—100° = 0,8
	peste 100° = 0,2

Pumn

Flexia :	0— 30° = 0,6
	30— 75° = 0,3
	peste 75° = 0,2
Extensia :	0— 30° = 0,9
	30— 80° = 0,3
	peste 80° = 0,1
Abducţia, adducţia :	= 0,2

Şold

Flexia :	0— 45° = 0,6
	45— 90° = 0,4
	90—150° = 0,1
Abducţia :	0— 15° = 0,6
	15— 30° = 0,4
	30— 60° = 0,1
Rotaţia externă :	0— 30° = 0,3
	30— 80° = 0,1
Rotaţia internă, adducţia, extensia	=0,2

Genunchi

Flexia :	0— 45° = 0,9
	45— 90° = 0,7
	90—160° = 0,4

Gleznă

Flexia dorsală :	0— 20° = 0,2
	20— 40° = 0,5
Flexia plantară :	0— 20° = 2,0
	20— 70° = 0,4

Dat fiind importanţa deosebită a electromiografiei aceasta va fi dezvoltată separat.

Pentru practica curentă, metodele clinice de testare sînt cele mai accesibile.

Bilanţul muscular global (explorarea globală a mişcărilor active fundamentale) se evaluează de obicei în kilograme, folosind pentru aceasta instalaţia de scripeţi şi contragreutăţi : se calculează separat — pentru flexori, extensori, abductori, adductori, rotatori externi, rotatori interni — care este greutatea maximă care poate fi deplasată de zece ori, cu o amplitudine corespunzătoare.

Pentru bilanţul muscular analitic (explorarea funcţională separată a principalilor muşchi afectaţi) noi folosim, în general, metoda celor trei teste a lui Ch. Rocher, în care coeficientul maxim (10)

Scanned with OKEN Scanner

corespunde unei funcţii normale. Redăm modul de apreciere, după această metodă :

Muşchii corespunzînd *testului A* pot fi cotaţi :

0, cînd nici o contracţie nu este posibilă ;

1, cînd se simte tendonul sau muşchiul contractîndu-se la comandă ;

2, cînd contracţia antrenează uşor pîrghia distală.

Muşchii corespunzînd *testului B* pot fi cotaţi :

3, cînd muşchiul deplasează o singură dată segmentul distal, contragravitaţiei, pînă la 45°, în raport cu orizontala, iar mişcările următoare se fac cu o amplitudine mai mică ;

4, cînd muşchiul deplasează de mai multe ori segmentul distal, contra gravitaţiei, pînă la orizontală.

Muşchii corespunzînd *testului C* pot fi cotaţi :

5, cînd muşchiul poate deplasa segmentul contra gravitaţiei şi contra unei rezistenţe uşoare supraadăugate ;

6 şi 7, cînd muşchiul mobilizează, cu uşurinţă, pîrghia distală contra unei rezistenţe moderate, dar se oboseşte rapid ;

8 şi 9, cînd muşchiul are forţa de contracţie uşor diminuată ;

10, cînd muşchiul este normal (comparabil cu partea opusă, sănătoasă, sau cu a unui individ sănătos, de constituţie analogă).

O altă metodă de bilanţ muscular larg utilizată este aceea a lui Lovett (revizuită de Legg şi Merrill şi reluată de Kendall, în 1956), bazată tot pe utilizarea gravitaţiei şi a rezistenţei :

100% — 5 — N : normal (amplitudine completă a mişcării contra gravitaţiei şi contra unei rezistenţe maxime, de mai multe ori fără oboseală).

75% — 4 — B : bun (amplitudine completă a mişcării contra gravitaţiei şi contra unei rezistenţe mijlocii, de mai multe ori fără oboseală).

50% — 3 — P : acceptabil (amplitudine completă a mişcării contra gravitaţiei, dar oboseşte la o rezistenţă minimă).

25% — 2 — M : mediocru (amplitudine completă a mişcării, dar numai cu excluderea gravitaţiei ; de exemplu, pentru abducţia coapsei, se aşază în decubit dorsal, cu gambele în extensie).

10% — 1 — T : „trace“ (schiţează o contracţie minimă, dar fără a mişca articulaţia).

— zero — : nici o contracţie evidentă.

În cele ce urmează, vom prezenta, succint, o serie de date privind fiecare articulaţie, strict necesară pentru testarea bilanţului articular şi muscular :

Scanned with OKEN Scanner

UMĂRUL

1. Complexul articular al umărului este format din articulaţiile : scapulo-humerală, subdeltoidiană, scapulo-toracică, acromio-claviculară, sterno-costo-claviculară.

2. Poziţia de funcţiune : cu axul braţului în antepulsie de 45°, abducţie de 60° şi în rotaţie indiferentă.

3. Amplitudinile normale şi muşchii corespunzători :

— Antepulsia (180°) — muşchi principali : deltoidul (fibrele mijlocii) ; marele pectoral (fibrele claviculare) ; bicepsul brahial (lunga porţiune) şi cel toraco-brahial.

— Retropulsia (50°) — muşchi principali : dorsalul mare, rotundul mare, deltoidul (fibrele posterioare) ; muşchi accesorii : rotundul mic, tricepsul (lunga porţiune).

— Abducţia (180°) — muşchi principali ; deltoidul (fibrele mijlocii), supraspinosul, muşchi accesorii : deltoidul (fibrele anterioare şi posterioare), dinţatul mare.

— Adducţia (egală cu abducţia) combinată cu antepulsia (45°) — muşchi principali : pectoralul mare, subscapularul ; iar cu retropulsia (30°) — muşchi principali : rotundul mare, rotundul mic, subspinosul.

— Rotaţia externă (80°) — muşchi principali : subspinosul, rotundul mic ; muşchi accesoriu : deltoidul (fibrele posterioare).

— Rotaţia internă, combinată cu retropulsia (90—95°) — muşchi principali : subscapularul, pectoralul mare, rotundul mare ; muşchi accesoriu : deltoidul (fibrele anterioare).

— Abducţia omoplatului sau antepoziţia umărului (3—4 cm faţă de poziţia de repaus) — muşchi principal : dinţatul mare.

— Adducţia omoplatului sau retropoziţia umărului (2—3 cm) — muşchi principali : romboidul mare şi mic, trapezul (fibrele mijlocii) ; muşchi accesorii : romboizii, trapezul (fibrele superioare şi inferioare).

— Ridicarea omoplatului (6—10 cm) — muşchi principali : trapezul (fibrele superioare), unghiularul omoplatului ; muşchi accesorii : romboidul mare şi mic, omohioidianul.

— Coborîrea omoplatului (2—3 cm) — muşchi principal : trapezul (fibrele inferioare) ; muşchi accesoriu : trapezul (fibrele mijlocii).

— Bascula spinală (10—15°) şi axilară (50°) sînt mai greu de evaluat.

COTUL

1. Anatomic, există o singură cavitate articulară. Fiziologic distingem două grupe de mişcări separate : flexia-extensia (în articulaţia humero-cubitală şi humero-radială) şi pronaţia — supinaţia (în articulaţia radio-cubitală superioară).

Scanned with OKEN Scanner

2. Poziţia de funcţiune : în flexie de 80° şi în prono — supinaţie indiferentă (cu mîna în planul vertical).

3. Amplitudinile normale şi muşchii corespunzători :

— Flexia (130—150°) — muşchi principali : bicepsul brahial, brahialul anterior ; muşchi accesorii : lungul supinator, flexorii antebraţului (de origine epitrohleană).

— Extensia sau deflexia (rectitudine) — muşchi principal : tricepsul ; muşchi accesorii : anconeul, extensorii antebraţului (de origine epicondiliană).

— Pronaţia antebraţului (90° faţă de poziţia „zero", cu cotul în unghi drept şi mîna în planul vertical) — muşchi principali : rotundul pronator, pătratul pronator; — muşchi accesoriu : palmarul mare.

— Supinaţia antebraţului (90°) — muşchi principali : bicepsul brahial, scurtul supinator ; — muşchi accesoriu : lungul supinator.

PUMNUL

1. Complexul articular al pumnului este format din două articulaţii (radio-carpiană şi medio-carpiană) care funcţionează sinergic.

2. Poziţia de funcţiune : flexie dorsală a pumnului de 40—45° şi uşoară înclinaţie cubitală de 15°.

3. Amplitudinile normale şi muşchii corespunzători :

— Flexia (85°, dintre care 50° în articulaţia radio-carpiană şi 35° în articulaţia medio-carpiană) — muşchi principali : palmarul mare, cubitalul anterior ; — muşchi accesorii : palmarul mic, flexorul degetelor, abductorul policelui.

— Extensia (85°, dintre care 35° în articulaţia radio-carpiană şi 50° în articulaţia medio-carpiană) — muşchi principali : al doilea radial, primul radial, cubitalul posterior ; muşchi accesorii : extensorii degetelor şi ai policelui.

— Înclinaţia radială (15°, dintre care 7° în articulaţia radio-carpiană şi 8° în articulaţia medio-carpiană) este efectuată prin funcţia combinată de flexie şi înclinaţie radială a marelui palmar, iar accesoriu, prin radiali şi extensorul policelui.

— Înclinaţia cubitală (40—45°, dintre care 30° în articulaţia radio-carpiană şi 15° în articulaţia medio-carpiană) este efectuată prin funcţia combinată de flexie şi înclinaţie cubitală a cubitalului anterior, iar accesoriu, prin cubitalul posterior.

MÎNA

1. Complexul articular al mîinii este format din articulaţiile : carpo-metacarpiene, metacarpo-falangiene şi interfalangiene.

2. Poziţia de funcţiune : cu degetele în flexie de 60° în articulaţiile metacarpo-falangiene şi uşor flectate, în articulaţiile inter-

Scanned with OKEN Scanner

falangiene, iar policele în flexie în articulația carpo-metacarpiană de 30°, abducție de 30° și cu flexia ușoară a falangei a doua (deci, policele în semiopoziție, înaintea planului palmei).

3. Amplitudinile normale și mușchii corespunzători :

a) În articulațiile *interfalangiene* (poziția „zero articular", în raport cu care se măsoară unghiurile : degetele în rectitudine, paralele cu marele ax al mîinii ; pentru police, axul paralel cu metacarpianul al doilea) :

Flexia : Falanga II pe I (110°) ; mușchi : flexorul comun superficial al degetelor.

Falanga III pe II (90°) — mușchi : flexorul comun profund al degetelor.

Interfalangiana policelui (90°) — mușchi : flexorul lung al policelui.

Extensia : În articulațiile interfalangiene proximale (rectitudine) — mușchi : extensorul comun al degetelor.

În articulația interfalangiană distală (rectitudine) — mușchi : lombricali.

În articulația interfalangiană a policelui (rectitudine) — mușchi : extensorul lung al policelui

b) În articulațiile *metacarpo-falangiene :*

Pentru metacarpianul I :

— Flexia policelui (60°) — mușchi : flexorul scurt al policelui.

— Extensia policelui (rectitudine) — mușchi : extensorul scurt al policelui.

Pentru metacarpienele II, III, IV și V :

— Flexia degetelor (90°) — mușchi : lombricalii interni, externi ; interosoșii dorsali, palmari.

— Extensia degetelor (30°) — mușchi : extensorul comun, extensorul propriu al degetului 2 și al degetului 5.

— Abducția degetelor (se măsoară în raport cu rectitudinea) — mușchi : interosoșii dorsali, abductorul scurt al degetului 5.

— Adducția degetelor — mușchi : interosoșii palmari.

c) În articulațiile *carpo-metacarpiene :*

Pentru articulațiile dintre trapez și metacarpianul I :

— Flexia policelui (70°).

— Extensia policelui (15°). Flexia — extensia policelui se poate măsura în fiecare din articulațiile carpo-metacarpiană, metacarpo-falangiană și interfalangiană. În mod curent, ne limităm însă la măsurarea globală a distanței care separă pulpa policelui de capul metacarpianului V, în flexia maximă (normal, contact) și în extensia maximă.

Scanned with OKEN Scanner

— Abducţia policelui (90°) — muşchi principali : lungul şi scurtul abductor al policelui ; muşchi accesoriu : palmarul mic. (Abducţia se măsoară în raport cu „poziţia zero", cu policele lipit de metacarpianul II.)

— Adducţia policelui (90°) — muşchi principali : adductorul oblic şi adductorul transvers al policelui.

— Opoziţia policelui (contactul pulpei policelui cu pulpa celorlalte degete) — muşchi principal : opozantul policelui ; muşchi accesorii : lungul şi scurtul abductor al policelui.

— Pentru articulaţiile carpo-metacarpiene ale celorlalte degete : mişcări foarte limitate.

Observaţie : cînd un singur deget este testat, se măsoară unghiurile pentru fiecare articulaţie (în raport cu rectitudinea). De obicei, ne limităm la aprecierea flexiei şi deflexiei globale, măsurînd distanţa care separă pulpa digitală de pliul palmar mijlociu, în cele două poziţii extreme.

ŞOLDUL

1. Articulaţia şoldului este reprezentată de articulaţia coxo-femurală. Mobilitatea membrului inferior pe bazin este condiţionată însă (într-o măsură mai mică) şi de integritatea articulaţiilor sacro-iliace şi a simfizei pubiene.

2. Poziţia de funcţiune : flexie de 15—20°, abducţie de 5—10° şi uşoară rotaţie externă.

3. Amplitudinile normale şi muşchii corespunzători :

— Flexia (115—130°), unghi real — muşchiul principal : psoas-iliacul ; muşchi accesorii : dreptul anterior, croitorul, tensorul fasciei lata, pectineul, adductorul mic, adductorul mijlociu, adductorul mare (fibrele oblice).

— Extensia (deflexia, plus 10—15°) — muşchi principali : fesierul mare, semitendinosul, semimembranosul, bicepsul femural.

— Abducţia (45°) — muşchi principal : fesierul mijlociu (fibrele mijlocii) ; muşchi accesorii : fesierul mijlociu, tensorul fasciei lata, fesierul mare (fibrele superioare).

— Adducţia (45° plus 10—15°) — muşchi principali : adductorul mare, adductorul mic, adductorul mijlociu, pectineul, dreptul intern.

— Rotaţia externă (45—60°) — muşchi principali : obturatorul extern, obturatorul intern, pătratul crural, piramidalul bazinului, gemenul superior şi inferior, fesierul mare ; muşchi accesorii : croitorul şi bicepsul crural (lunga porţiune), fesierul mijlociu (fibrele posterioare).

Scanned with OKEN Scanner

— Rotaţia internă (45—50° ; dacă se flectează coapsa pe bazin, rotaţia e mai amplă, decît dacă aceasta este în extensie) — muşchi principali : fesierul mic, tensorul fasciei lata ; muşchi accesorii : fesierul mijlociu (fibrele anterioare), semitendinosul, semimembranosul.

— Flexia, abducţia şi rotaţia externă a coapsei, combinate cu flexia genunchiului — muşchi principal : croitorul ; muşchi accesorii : flexorii coapsei şi ai genunchiului, rotatorii externi ai coapsei, abductorii coapsei.

— Abducţia coapsei pornind din poziţia de flexie — muşchi principal : tensorul fasciei lata ; muşchi accesorii : fesierul mijlociu, fesierul mic.

GENUNCHIUL

1. Genunchiul are două articulaţii : femuro-tibială şi femuro-rotuliană

2. Poziţia de funcţie : rectitudinea.

3. Amplitudinile normale şi muşchii corespunzători :

— Flexia (120—160° faţă de rectitudine) — muşchi principali : bicepsul crural, semitendinosul, semimembranosul ; muşchi accesorii : popliteul, croitorul, dreptul intern, gemenii.

— Extensia (în rectitudine, totuşi fiziologic rectitudinea nu este perfectă, axele femuro-tibiale făcînd un unghi de 174°) — muşchi principal : cvadricepsul crural (dreptul anterior, cruralul, vastul intern, vastul extern).

PICIORUL

1. Complexul articular al piciorului este format din următoarele articulaţii : tibio-tarsiană (peroneo-tibio-astragaliană), subastragaliană (astragalo-calcaneană), mediotarsiană (astragalo-scafoidiană, calcaneo-cuboidiană), tarsometatarsiană (Lisfranc), intermetatarsiene, metatarso-falangiene, interfalangiene.

2. Poziţia de funcţie : în unghi drept faţă de gambă (la femeie se permit 10° de flexie plantară). Halucele are marele ax paralel cu axul longitudinal al piciorului.

3. Amplitudinile normale şi muşchii corespunzători : poziţia „zero", în raport cu care se măsoară unghiurile de mobilitate, este cu piciorul în unghi drept. Se trasează liniile axiale pe faţa externă a gambei şi călcîiului, pe faţa dorsală a piciorului şi anterioară a gambei, pe faţa posterioară a gambei şi călcîiului. Pentru măsurarea unghiurilor de mobilitate activă trebuie să ţinem seama că mişcările nu sînt pure : flexia plantară se combină cu supinaţia, flexia dorsală

Scanned with OKEN Scanner

cu pronaţia, abducţia cu pronaţia şi adducţia cu supinaţia. Modificările de curbură ale bolţii plantare se apreciază prin amprentele plantare, comparate cu cele normale.

a) ARTICULAŢIA TIBIO-TARSIANĂ

— Flexia plantară (40—45°) — muşchi principali : gemenii, solearul ; muşchi accesorii : gambierul posterior, scurtul peronier lateral, plantarul subţire, lungul peronier lateral, lungul flexor al halucelui, lungul flexor comun al degetelor.

— Flexia dorsală (şi rotaţia internă) a piciorului (30—35°) — muşchi principal : gambierul anterior.

b) ARTICULAŢIA SUBASTRAGALIANĂ

— Supinaţia — adducţia (45°) : calcaneul se înclină pe flancul său extern (în supinaţie) şi pivotează pe axul vertical al gambei, rotind extremitatea sa anterioară către înăuntru (în adducţie) — muşchi : gambierul posterior, gambierul anterior, tricepsul sural.

— Pronaţia — abducţia (5°) : calcaneul se înclină pe flancul său intern, iar extremitatea anterioară se îndreaptă în afară — muşchi : scurtul şi lungul peronier lateral.

— Flexia — extensia piciorului (5°) — muşchi : gambierul anterior (flexie dorsală), gambierul posterior (flexie plantară).

c) ARTICULAŢIA MEDIO-TARSIANĂ (Chopart)

— Adducţia — supinaţia (45°) : vîrful piciorului se îndreaptă înăuntru (în adducţie), iar tuberculul intern al scafoidului se ridică către maleola internă (în supinaţie) — muşchi : gambierul anterior, gambierul posterior, extensorul propriu al degetului mare.

— Abducţia — pronaţia (5°) : mişcarea inversă — muşchi : extensorul comun al degetelor, scurtul peronier lateral, peronierul anterior.

Observaţie : aceste mişcări se produc în acelaşi timp şi în articulaţiile subastragaliană şi mediotarsiană, care sînt legate din punct de vedere mecanic şi funcţional.

d) ARTICULAŢIA TARSO-METATARSIANĂ (Lisfranc)

Prezintă mişcări foarte limitate, necesare totuşi pentru supleţea şi elasticitatea cupolei plantare, în amortizarea şocurilor şi a presiunilor.

Scanned with OKEN Scanner

e) ARTICULAȚIILE INTERMETATARSIENE
(unite prin ligamente interosoase)

f) ARTICULAȚIILE METATARSO-FALANGIENE
(fără importanță deosebită pentru om, cu excepția articulației halucelui)

— Flexia plantară a halucelui (40°) — mușchi principal : flexorul scurt al halucelui ; mușchi accesoriu : flexorul lung propriu al halucelui.

— Flexia plantară a ultimelor patru degete (30°) — mușchi principali : lombricalii ; mușchi accesorii : interosoșii dorsali și plantari, flexorul scurt al degetului mic, flexorul lung comun al degetelor, flexorul scurt plantar.

— Extensia (60—80° pentru haluce) — mușchi : extensorul propriu al halucelui, extensorul comun al degetelor, pediosul.

— Abducția degetelor (15—20°) : înclinație laterală externă — mușchi : interosoșii dorsali, abductorul halucelui, abductorul scurt al degetului mic (degetele se depărtează de axul piciorului, reprezentat de degetul 2).

— Adducția degetelor (15—20°) : înclinație laterală internă — mușchi : interosoșii plantari, adductorul halucelui (ultimele trei degete se apropie de axul piciorului).

g) ARTICULAȚIILE INTERFALANGIENE

— Flexia :
  — flexia articulației interfalangiene a halucelui (flexorul lung, propriu al halucelui) ;
  — flexia articulațiilor interfalangiene distale ale ultimelor 4 degete (flexorul lung comun al degetelor) ;
  — flexia articulațiilor interfalangiene proximale ale ultimelor 4 degete (flexorul scurt plantar).
— Extensia :
  — extensia articulației interfalangiene a halucelui (extensorul propriu al halucelui) ;
  — extensia articulațiilor interfalangiene distale ale ultimelor 4 degete (depășește ușor rectitudinea) — mușchi : lombricalii, interosoșii ;
  — extensia interfalangienelor proximale ale ultimelor 4 degete (în rectitudine) — mușchi : extensorul comum, pediosul.

COLOANA CERVICALĂ

1. Complexul articular este format din articulațiile : occipito-atloidiană, atloido-axoidiană, meniscosomatice și interapofizare.

Scanned with OKEN Scanner

2. Poziţia de funcţiune : lordoză cervicală (de 36°), cu vîrful în C_6—C_7.

3. Amplitudinile normale ale mişcărilor şi muşchii corespunzători :

— Flexia (contactul bărbiei cu manubriul sternal) — muşchi principali : sterno-cleido-mastoidianul ; muşchi accesorii : marele drept anterior, lungul gîtului, scalenul anterior, scalenul mijlociu, scalenul posterior, micul drept anterior, grupul muscular infrahioidian.

— Extensia (distanţa bărbie-manubriu = circa 18 cm) — muşchi principali : trapezul (fibrele superioare), complexul mare, spleniusul capului, spleniusul gîtului, complexul mic, transversul gîtului, spinalul capului, spinalul gîtului, semispinosul cefei.

— Rotaţia capului (dreapta şi stînga, total 140—160°). Pentru măsurătoarea rotaţiei, subiectul este aşezat pe scaun şi privit de sus. Se trasează o dreaptă imaginară care uneşte umerii şi din mijlocul acesteia se duce, anterior, o perpendiculară, reprezentînd axul sagital al capului, faţă de care se măsoară, cu goniometrul, unghiul de rotaţie.

— Înclinaţia laterală (contactul pavilionului urechii cu umărul). Se trasează o dreaptă imaginară, tangentă la vîrful umerilor, medicul stînd înapoi bolnavului. Se măsoară unghiul delimitat între această dreaptă şi axul vertical al capului, în înclinaţiile dreaptă şi stîngă.

COLOANA TORACALĂ

1. Complexul articular este format din articulaţiile meniscosomatice, interapofizare ; în plus, trebuie testate şi funcţiile articulaţiilor costo-vertebrale şi costo-transverse.

2. Poziţia de funcţiune : cifoză toracală de 35° (cu vîrful în T_5—T_6).

3. Mobilitatea coloanei toracale este mai redusă, în special din cauza înălţimii mai mici a discurilor intervertebrale. Segmentele superior şi inferior participă mai activ la mobilitatea regiunilor vecine.

— Flexia — extensia (40°, de la o atitudine extremă la cealaltă). Cea mai mare parte este reprezentată prin flexie, întrucît extensia este mult limitată, din cauza dispoziţiei oblice a apofizelor spinoase şi apropierii lor).

— Rotaţia (50° la dreapta, 50° la stînga) este favorizată de dispoziţia apofizelor articulare.

— Înclinaţia laterală (15—20°, la dreapta, 15—20°, la stînga).

— Perimetrul toracic, măsurat la nivelul liniei mamelonare, oglindeşte starea articulaţiilor costo-vertebrale şi costo-transverse (normal, diferenţa dintre inspiraţia forţată şi expiraţia forţată este de peste 6 cm).

Scanned with OKEN Scanner

COLOANA LOMBO-SACRATĂ

1. Complexul articular este format din articulaţiile meniscosomatice şi interapofizare.

2. Poziţia de funcţiune : în lordoză lombară de 50° (cu vîrful în L_3—L_4).

3. Mobilitatea coloanei lombo-sacrate este, în mare măsură, solidară cu segmentul inferior al coloanei toracale ; de asemenea, are legături funcţionale foarte strînse cu bazinul şi articulaţiile coxo-femurale.

— Flexia (distanţa nas-planşeu, în cm) — muşchi : dreptul anterior al abdomenului, oblicul mare şi oblicul mic al abdomenului.

— Extensia (distanţa nas-perete, în cm ; în grade, amplitudinea globală a flexiei-extensiei este de 70°) — muşchi : masa sacrolombară, ilio-costalul dorsal, lungul dorsal, epispinosul spatelui, ilio-costalul lombar, pătratul lombar, semispinoşii.

Observaţie : indicele nas-planşeu şi nas-perete măsoară flexia şi extensia globală a trunchiului pe coapse (partea exactă a contribuţiei fiecărui segment la mişcare neputînd fi măsurată decît prin filme radiografice luate în atitudinile extreme ale rahisului) ; afectarea articulaţiilor coxo-femurale poate reprezenta un factor de eroare. Semnul Schober este mai precis pentru aprecierea flexiei lombare (se notează un punct la 10 cm deasupra apofizei spinoase L_5 şi apoi se măsoară distanţa dintre cele două punote în flexia forţată, care trebuie să crească, în mod normal, cu minimum 4—5 cm).

— Rotaţia (20°, la dreapta, 20°, la stînga) — muşchi : — oblicul mare şi oblicul mic ai abdomenului, dorsalul mare, transversul spinos, rotatorul spatelui, dreptul anterior al abdomenului, rotatorii scurţi.

— Înclinaţia laterală (20—30°, la dreapta ; 20—30°, la stînga) — muşchi : flexorii şi extensorii trunchiului, contractaţi de o singură parte.

APORTUL ELECTROMIOGRAFIEI (EMG) ÎN DOMENIUL REABILITĂRII REUMATICILOR

A. BAZELE FIZIOLOGICE ALE ELECTROMIOGRAFIEI (EMG)

O strînsă legătură anatomică şi funcţională există între sistemul articular şi cel musculo-ligamentar, legătură ce se reflectă şi în patologia articulară.

Factorul muscular are un rol important, deoarece el apare precoce în tabloul clinic morbid, iar de multe ori este acela care domină

Scanned with OKEN Scanner

aspectul clinic, fie sub forma atrofiilor sau, mai frecvent, a contracturilor musculare.

În afecţiunile cronice reumatismale, contracţia musculară este aceea care duce la limitarea mişcărilor şi, ulterior, la apariţia poziţii-

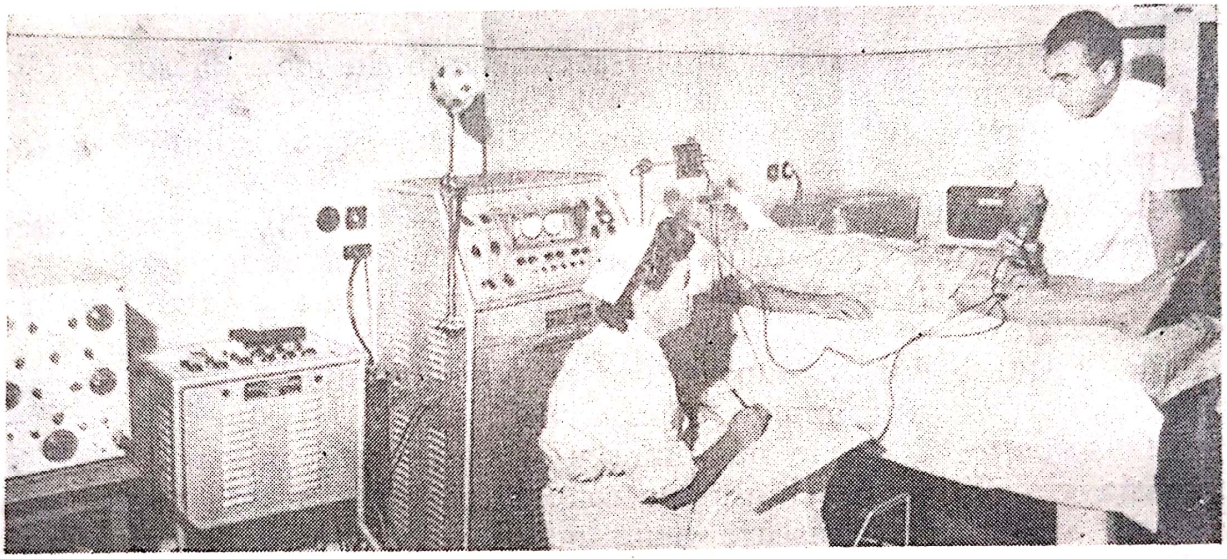

Fig. 53. — Electromiograf (de tip „Alvar"), cu trei canale, cu care se lucrează la Centrul de reumatologie.

lor vicioase, fie printr-un dezechilibru între agonişti şi antagonişti, fie prin afectarea a însăşi fibrei musculare şi de aceea atenţia noastră trebuie să se îndrepte asupra ei.

Electromiografia este metoda care ne poate furniza date importante asupra gradului afectării sistemului muscular şi chiar şi asupra naturii acestei afectări (fig. 53).

Înainte de a trece la expunerea posibilităţilor electromiografiei, considerăm necesar a arăta ce este electromiografia şi care sînt bazele ei fiziologice.

Electromiografia poate fi definită ca o metodă de înregistrare şi cercetare a manifestărilor electrice intrinseci ale muşchilor scheletici.

Dintre cercetătorii care de-a lungul timpurilor au contribuit la perfecţionarea şi progresul acestei metode trebuie să menţionăm mai întîi pe Galvani, care, în 1791, a demonstrat existenţa biocurenţilor musculari, principiul de bază al electromiografiei.

Ulterior, Du Bois-Reymond descrie „curentul de leziune", iar în 1912 Piper introduce termenul de „curent de acţiune" şi face primele analize ale potenţialelor de acţiune. Sherrington a creat noţiunea „unităţii motorii". Un progres deosebit îl fac Adrian şi Bronch, care, în 1929, introduc în tehnica examenului EMG electrozi de profunzime, sub formă de ac. Buchthal este cel care, în 1941, face cu ajutorul electromiografiei diagnosticul diferenţial al diverselor atrofii

Scanned with OKEN Scanner

musculare. După lucrările Congresului internațional de neurologie din 1949 de la Paris, electromiografia ia o dezvoltare deosebită și începe să fie aplicată în clinică în diverse afecțiuni ca metodă de cercetare.

Înțelegerea manifestărilor electrice ale mușchilor se bazează pe cunoașterea următoarelor fenomene : polarizarea electrică a fibrei musculare, structura sistemului neuromuscular, legea „totului sau nimic" și transmiterea neuromusculară.

1. *Polarizarea electrică* a fibrei musculare poate fi pusă în evidență direct și măsurată cu microelectrozi din sticlă cu vîrfuri de ½ μ. Cînd se străpunge membrana unei fibre musculare cu acest electrod, un alt electrod fiind la suprafața membranei, diferența de potențial trece imediat de la 0 la 90 m.V. S-a constatat că exteriorul membranei este încărcat pozitiv, iar interiorul negativ. Menținerea acestei diferențe de potențial este datorită : a) marii rezistențe electrice a membranei (1 500—4 300 Ohmi/cm^2) ; b) energiei care este constant furnizată membranei prin diferite reacții chimice (glicolitice, oxidări), care, dacă sînt blocate prin acid monoiodacetic sau cianură de sodiu, realizează depolarizarea membranei. Dacă membrana este lezată într-un punct, această leziune face ca interiorul să comunice cu exteriorul, electric stabilindu-se un curent între suprafața pozitivă și interiorul negativ, fenomen cunoscut sub numele de „curent de leziune Du Bois-Reymond". Cînd fibra este excitată, zona respectivă este sediul unei polarizări inverse : exteriorul devine negativ, iar interiorul pozitiv, starea de excitare fiind egală cu negativarea, cu depolarizarea. Între regiunile excitate-negative și regiunile nexecitate-pozitive existînd o diferență de potențial, se stabilesc curenți electrici care merg de la regiunile neexcitate la cele excitate prin mediul exterior, curenți denumiți „circuitele locale Herman" sau „curenți de acțiune Du Bois-Reymond". Importanța acestor curenți este deosebită, pentru că ei ne lămuresc : a) propagarea stării de excitație la toată fibra, b) faptul potrivit căruia curenții de acțiune difuzează în mediul înconjurător și pot fi detectați.

2. *Structura sistemului neuromuscular.* Unitatea funcțională a sistemului motor o constituie unitatea motorie formată din celula-motorie, axonul său și fibrele musculare inervate de acest unic axon. Sherrington a precizat histologic că, după natura mușchiului, o celulă motorie inervează un număr variabil de fibre musculare de la zece la sute. Unitățile motorii sînt cu atît mai mici, cu cît mușchiul are mișcări mai fine ; de exemplu : unitatea motorie a unui mușchi ocular are 2—6 fibre musculare, pe cînd la mușchiul extensor comun o unitate motorie are 165 de fibre musculare. Corpurile celulare ale celulelor motorii care inervează același mușchi sînt grupate și formează centrul motor al mușchiului. Fibrele musculare ale unei unități motorii

Scanned with OKEN Scanner

nu sînt grupate împreună într-o anumită parte a mușchiului, ci, din contra, se intercalează cu fibrele altor unități motorii, în toate părțile mușchiului.

3. *Legea „totului sau nimic"* a fost observată la nivelul miocardului. Conform acestei legi, dacă stimulul este insuficient, nu se observă nici un răspuns, iar dacă stimulul este suficient, răspunsul este maxim, indiferent de intensitatea stimulului. La mușchii striați ar părea să fie altfel, pentru că ei dau răspunsuri mai mult sau mai puțin puternice, după intensitatea stimulului. Keith și Pratt au arătat că o singură fibră se comportă ca și miocardul, dar în mușchiul întreg secusele variază cu intensitatea, pentru că, după intensitatea stimulului, numărul fibrelor excitate este variat și există o gradație prin însumarea fibrelor active. Acest mecanism poartă numele de „sumație spațială". Cînd două sau mai multe secuse musculare sînt provocate la intervale scurte, durata contracției se prelungește prin fuziunea secuselor, aspect cunoscut sub denumirea de mecanism al „sumației temporare". Cunoscînd aceste două mecanisme ne dăm seama că durata unei contracții depinde numai de sumația temporară, pe cînd intensitatea contracției poate fi realizată și prin sumația spațială și prin sumația temporară, pentru că secusele produse una după alta, la scurt interval, pot să însumeze intensitatea lor și să realizeze contracții mai puternice.

4. *Transmiterea neuromusculară.* Unitatea motorie este un sistem eterogen format din celula motorie cu axonul respectiv și fibrele musculare, unirea făcîndu-se prin placa terminală. La om, fiecare influx nervos, cînd atinge placa motorie, determină o secusă a fibrei musculare. Se poate deci urmări succesiunea depolarizării în timp a fibrei nervoase, a plăcii motorii, a fibrei musculare. Astăzi este admis că excitarea plăcii motorii se face chimic, fiind mediată de acetilcolină. Cînd fibra nervoasă preterminală este depolarizată, membrana devine permeabilă, acetilcolina intracelulară iese afară, intră în reacție cu un receptor din placa motorie și acționează specific la acest nivel. Placa motorie este de 100 de ori mai sensibilă decît sarcolema fibrei musculare la acetilcolină. Pentru evitarea acumulării de acetilcolină, placa motorie are o enzimă — colinesteraza — care o distruge. Mai departe, transmiterea excitației de la placa motorie la fibra musculară se face exclusiv prin curenți electrici provocați prin depolarizarea plăcii motorii. Blocarea transmiterii neuromusculare se poate face prin curara, care se fixează pe receptorul pe care acționează acetilcolina în mod normal și acest lucru este posibil, deoarece constituția lor chimică este similară. Curara, fixată o dată pe receptor, împiedică acțiunea acetilcolinei depolarizante la nivelul plăcii motorii. Dacă acetilcolina se acumulează în cantitate mare, atunci poate acționa din nou

Scanned with OKEN Scanner

pe placa motorie. Practic, distrugînd colinesteraza prin eserină sau prostigmină, putem favoriza acumularea de acetilcolină.

Folosirea EMG ca metodă de obiectivizare a anumitor procese reumatice, de urmărire dinamică a evoluției acestora și de determinare a eficacității unor procedee kineziterapeutice, se dovedește de un real folos.

B. CONTRIBUȚIA EMG ÎN POLIARTRITA REUMATOIDĂ

În poliartrita reumatoidă am folosit EMG în două scopuri: a) pentru a stabili valoarea EMG ca metodă de diagnostic precoce; b) pentru a determina mușchii afectați, natura atrofiilor musculare și intensitatea procesului inflamator.

Afectarea musculaturii scheletice constituie una dintre principalele manifestări ale poliartritei reumatoide. Ea apare precoce și se traduce, clinic, prin dureri și scăderea forței musculare. Aceste semne de suferință musculară pot fi studiate și urmărite prin tulburările activității bioelectrice. Prin EMG criteriile de apreciere fiind mai fine și mai precise, toți cercetătorii și-au îndreptat atenția în această direcție.

Hauge susține posibilitatea unui diagnostic de poliartrită reumatoidă anterior apariției simptomelor articulare, prin înregistrarea potențialelor de fibrilație pe traseele electromiografice în mușchii din jurul articulațiilor.

Într-un studiu anterior pe 42 de bolnavi de poliartrită reumatoidă noi nu am decelat apariția potențialelor de fibrilație în stare de repaus. În schimb, în concordanță cu majoritatea cercetărilor, am găsit o scurtare a duratei potențialelor de acțiune, un aspect polifazic al acestora — fie potențiale polifazice cu vîrfuri scurte și ascuțite, fie potențiale grupate — și un stadiu de interferență, cu reducerea potențialelor de acțiune *(mixed pattern)*.

Aceste modificări electromiografice le-am interpretat ca tulburări degenerative în fibra musculară, datorite procesului inflamator. Ele au fost confirmate și prin examene anatomopatologice și apar în stadiile precoce ale bolii.

Aceste semne bioelectrice de suferință musculară, puse în evidență într-un stadiu incipient al afecțiunii, cînd simptomatologia clinică nu este bine conturată, corelate cu celelalte date de laborator, pot deveni criterii sigure de diagnostic precoce.

În ultimii ani, colaborarea dintre reumatolog și chirurg a fost tot mai strînsă și roadele ei sînt deosebit de importante.

Înființarea în cadrul aceleiași instituții a unui serviciu de chirurgie pe lîngă cel de reumatologie, așa cum s-a realizat la Centrul

Scanned with OKEN Scanner

metodologic de reumatologie, a constituit un impuls în dezvoltarea atît a chirurgiei profilactice — sinovectomia —, cît şi a chirurgiei reparatorii a poliartritei reumatoide.

Concomitent, stabilirea unui bilanţ muscular precis a devenit o necesitate, în realizarea căreia EMG îşi aduce un aport însemnat. Preoperator, la bolnavii noştri am stabilit, electromiografic, starea de contractură, intensitatea tulburărilor degenerative ale fibrelor musculare, datorită procesului inflamator, şi evaluarea posibilităţilor de recuperare. În general, am găsit o stare de iritabilitate a fibrei musculare mai evidenţiabilă la palparea inserţiilor tendinoase ; la nivelul leziunilor mai avansate am înregistrat stadii de interferenţă, cu reducerea numărului de potenţiale *(mixed pattern)*. Postoperator, examenele electromiografice făcute la intervale de timp ne-au arătat că, o dată cu mărirea funcţiilor articulare, şi activitatea musculară se intensifică. În urma kineziterapiei, dirijată pe grupele musculare mai afectate, şi prin reechilibrarea jocului dintre agonişti şi antagonişti, au dispărut de pe traseele electromiografice contracturile patologice iar aspectul unităţilor motorii a revenit către normal. Bineînţeles că tratamentul medical — corticoterapia, fenilbutazona — a avut partea lui de contribuţie în această revenire la normal.

C. CONTRIBUŢIA EMG ÎN LOMBOSCIATICELE DISCALE

Informaţiile pe care le obţinem prin EMG, ca metodă de explorare clinică, sînt legate de structura şi fiziologia unităţii motorii. Ea confirmă sau infirmă existenţa unor procese patologice care interesează unitatea motorie în diversele ei segmente : celula motorie cu axonul, fibra musculară.

Afectarea celulei motorii sau a axonului determină sindroame care, de obicei, sînt tratate în serviciile de neurologie. Compresiunile la nivelul măduvei sau al rădăcinilor nervoase, prin hernierea discului intervertebral, sînt tot mai frecvente în serviciul nostru de reumatologie. Stabilirea diagnosticului de sindrom compresiv nu întîmpină dificultăţi şi, în majoritatea cazurilor, poate fi făcut pe baza simptomatologiei clinice. Diagnosticul topografic este însă uneori dificil şi în aceste cazuri eficienţa EMG este remarcabilă, deoarece, prin elementele pe care ni le furnizează poate determina, cu fineţe, sediul compresiunilor.

Aceste procese de compresiune, realizînd o întrerupere mai mult sau mai puţin importantă a conductibilităţii nervoase, facilitează, clinic, instalarea unor tulburări de mobilitate şi sensibilitate (diminuarea reflexelor osteotendinoase, atrofii musculare) în teritoriul inervat de

Scanned with OKEN Scanner

rădăcinile interesate. În cazul cînd procesul patologic interesează numai rădăcinile posterioare senzitive, semnele electromiografice sînt minime şi necaracteristice. Cînd sînt interesate rădăcinile anterioare motorii, înregistrările electromiografice sînt revelatoare. În acest scop, examinările EMG trebuie să fie făcute în mod sistematic. Se vor examina toţi muşchii în raport cu inervaţia segmentară, folosindu-se scheme-tip care permit un reperaj precis al muşchilor. Sînt două modalităţi de examinare :

1. Examinarea muşchilor scheletici tributari segmentelor respective simetric şi bilateral. Explorările electromiografice trebuie făcute atît în sens ascendent, cît şi descendent. Examinarea este laborioasă şi necesită derivarea biocurenţilor din mai multe puncte, fapt care cere răbdare din partea examinatorului şi a bolnavului.

2. Derivarea biocurenţilor musculari de la nivelul musculaturii paravertebrale care are o inervaţie segmentară asigurată prin ramurile posterioare ale rădăcinilor motorii.

Folosirea ambelor metode este mai corectă.

Precizarea diagnosticului topografic se face pe baza apariţiei alteraţiilor înregistrate, electromiografic, la nivelul tuturor muşchilor din teritoriul respectiv, traseele din muşchii inervaţi de rădăcinile supra- şi subiacente fiind normale.

Alteraţiile electromiografice care apar pe traseu sînt :

— în repaus muscular : potenţiale de fibrilaţie ;

— în timpul contracţiei : traseu sărac, care nu ajunge la stadiul de interferenţă ; uneori, vîrfuri ascuţite de mic voltaj care traduc o tulburare de conductibilitate la nivelul rădăcinilor ;

— în muşchii paravertebrali se pot înregistra, în repaus, un traseu simplu, de o singură parte, traducînd contractura musculară.

Un interes deosebit îl reprezintă herniile discale de la nivelul rădăcinilor L_5 şi S_1. Dacă hernia se găseşte la L_5, modificările EMG apar în muşchiul pedios şi lungul extensor al halucelui. Dacă hernia este la nivelul S_1, semnele EMG apar în bicepsul femural şi scurtul peronier lateral.

D. CONTRIBUŢIA EMG ÎN COXARTROZE

Un alt domeniu în care EMG are o importanţă practică deosebită îl constituie coxartrozele.

În concepţiile actuale asupra coxartrozei, importanţa factorului muscular este reliefată de toţi cercetătorii.

Dacă Pauwels a precizat că „coxartroza rezultă, în ultimă instanţă, din disproporţia dintre importanţa solicitărilor mecanice la care este

Scanned with OKEN Scanner

supus şoldul şi capacitatea de rezistenţă la efort a ţesutului cartilaginos şi os", Voss este cel care a evidenţiat, în cadrul componentei mecanice, rolul contracturii musculare. Susţinînd că muşchii puternici ai articulaţiei coxo-femurale contracturaţi antalgic produc o încărcare permanentă a articulaţiei şi constituie un factor considerabil de întreţinere şi agravare a leziunilor osteocartilaginoase, el iniţiază operaţia care-i poartă numele.

Mai recent, Waghemacker, Dumoulin şi Spy au arătat că nu există o contractură constantă a tuturor grupurilor musculare, ci o predominanţă la un grup sau altul, ducînd la un dezechilibru între agonişti şi antagonişti.

În cercetările noastre, datele electromiografice ne-au confirmat şi nouă cele găsite de Waghemacker, şi anume : contractura nu este constantă în repaus şi predomină adesea la un grup muscular.

Pe înregistrările electromiografice la şoldurile normale, în repaus, am constatat linişte electrică atît la adductori, cît şi la abductori, iar mobilizarea pasivă nu a dus la apariţia unei activităţi electrice. De asemenea, contracţia voluntară a unui muşchi inhibă activitatea antagonistului. În coxartroze am constatat activitate electrică în repaus la nivelul adductorilor sau fesierului mijlociu, de la traseul simplu pînă la traseul intermediar uneori, iar la mobilizarea muşchiului agonist, contractura din antagonist s-a accentuat.

Luînd în consideraţie datele electromiografice asupra contracturii diverselor grupe musculare, am avut posibilitatea, în cadrul indicaţiilor chirurgicale, să evităm neplăcerile operaţiei preconizate de Voss — imobilizarea articulaţiei pe un timp mai îndelungat — şi să facem numai tenotomii selective, în funcţie de grupurile musculare contracturate, şi o mobilizare precoce postoperatorie.

Următorul caz ilustrează cele de mai sus :

Bolnavului R. M., în vîrstă de 55 de ani, i se fixează diagnosticul de coxartroză stîngă. Radiologic, se remarcă pensarea spaţiului articular polar superior şi osteofitoză accentuată. Examenul clinic ne dă următoarele date : flexie 60°, extensie 10°, abducţie 15°, adducţie 10°, rotaţie externă 20°, rotaţie internă 0°.

EMG în repaus : — adductori — traseu simplu
— fesier mijlociu — linişte electrică ;
la contracţie, abducţie contrarezistenţă, am constatat :
— adductori — traseu intermediar îmbogăţit ;
— fesier mijlociu — stadiu de interferenţă (fig. 54).

Se practică tenotomia adductorilor şi se mobilizează bolnavul, la o săptămînă de la intervenţie, prin mişcări pasive la pat. După intervenţie se constată, radiologic, mărirea spaţiului interarticular. Durerile au cedat mult în

Scanned with OKEN Scanner

intensitate, dispărînd complet în repaus. EMG făcută după 3 luni arată liniște electrică atît în adductori, cît și în mușchiul fesier în repaus, iar la mișcarea de abducție, lipsă de activitate în adductori (fig. 55).

Cercetarea electromiografică ne-a permis, de asemenea, să putem urmări eficacitatea reeducării selective a grupurilor musculare prin mișcări de contrarezistență progresivă în coxartrozele incipiente. Exemplificăm prin următorul caz :

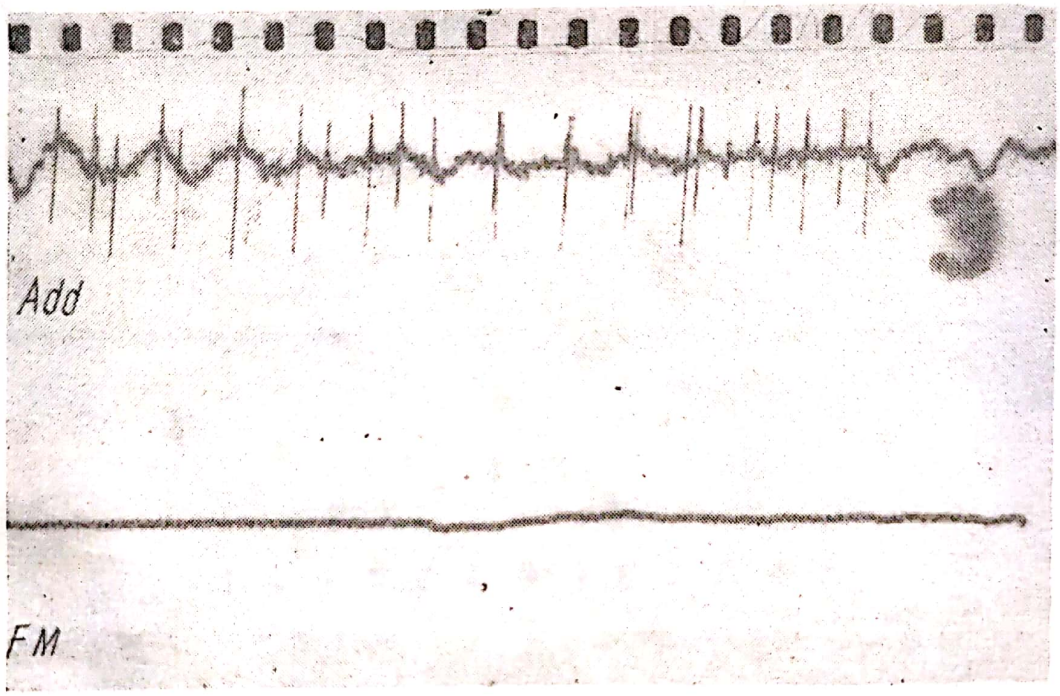

Fig. 54.

Bolnavul M. M., în vîrstă de 45 de ani ; diagnostic : coxartroză dreaptă incipientă — flexie 80°, extensie 10°, abducție 30°, adducție 15°.

EMG în repaus : — adductori — traseu simplu ;
— fesier mijlociu — liniște electrică ;
la contracția voluntară de abducție apare ca patologică îmbogățirea traseului adductorilor (fig. 56).

Se fac infiltrații cu novocaină și hidrocortizon, iar reeducarea musculară se axează în special pe fesierul mijlociu. După 3 luni mobilitatea a crescut — flexie 100° ; extensie 15° ; abducție 45° ; adducție 20°. EMG arată în repaus liniște electrică, iar la mișcarea de abducție, în adductori persistă liniștea electrică (fig. 57).

Pe unele trasee electromiografice și în special în stadiile tardive ale coxartrozei, am găsit modificări calitative : grupări „în salve", aspect polifazic, multiplete, care traduc leziuni degenerative ale fibrelor musculare.

Din cele expuse reiese valoarea indiscutabilă a EMG — teoretică şi practică — în studiul contracturilor din coxartroze. Ea arată inconstanţa contracturii în repaus, predominanţa la un grup muscular

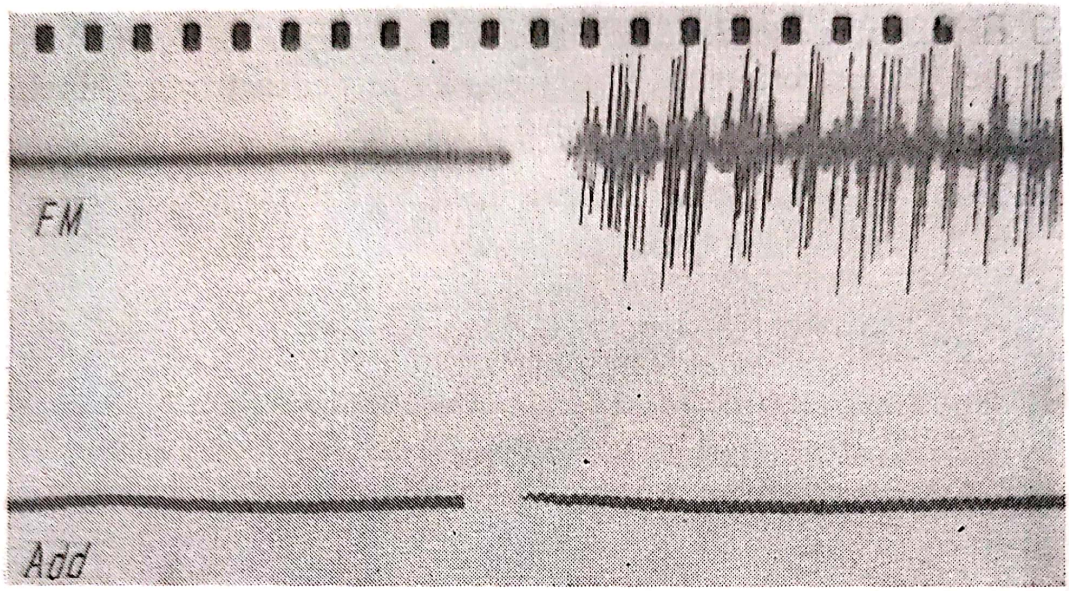

Fig. 55.

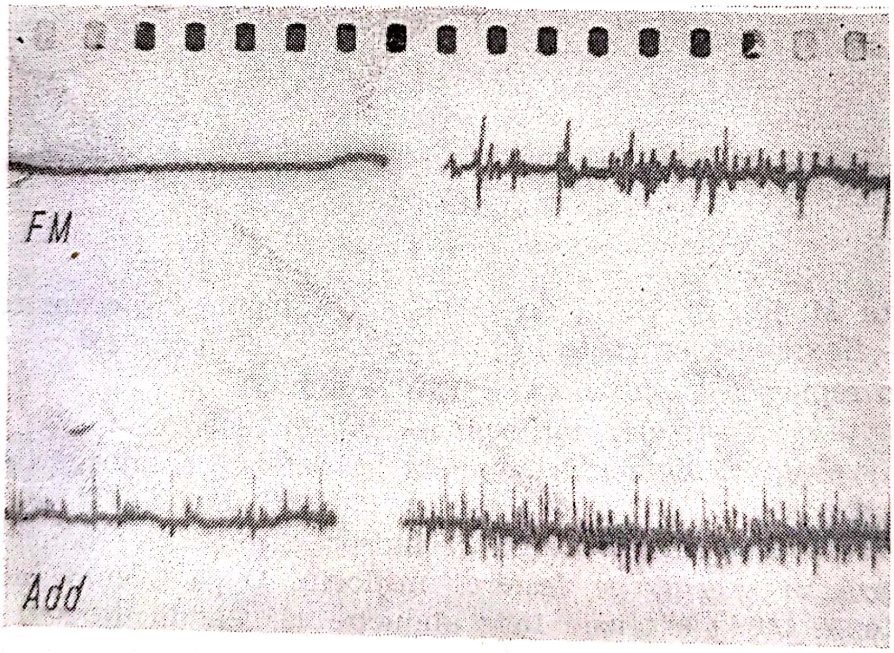

Fig. 56.

şi existenţa unei activităţi anormale într-un muşchi la contracţia voluntară a antagonistului său. EMG poate permite reducerea intervenţiei preconizate de Voss la muşchii contracturaţi, deci o nuanţare a indicaţiilor de miotomie.

Scanned with OKEN Scanner

Furnizînd date prețioase asupra calității fibrelor musculare, unii au comparat EMG cu o „biopsie electrică" (Waghemacker, Dumoulin).

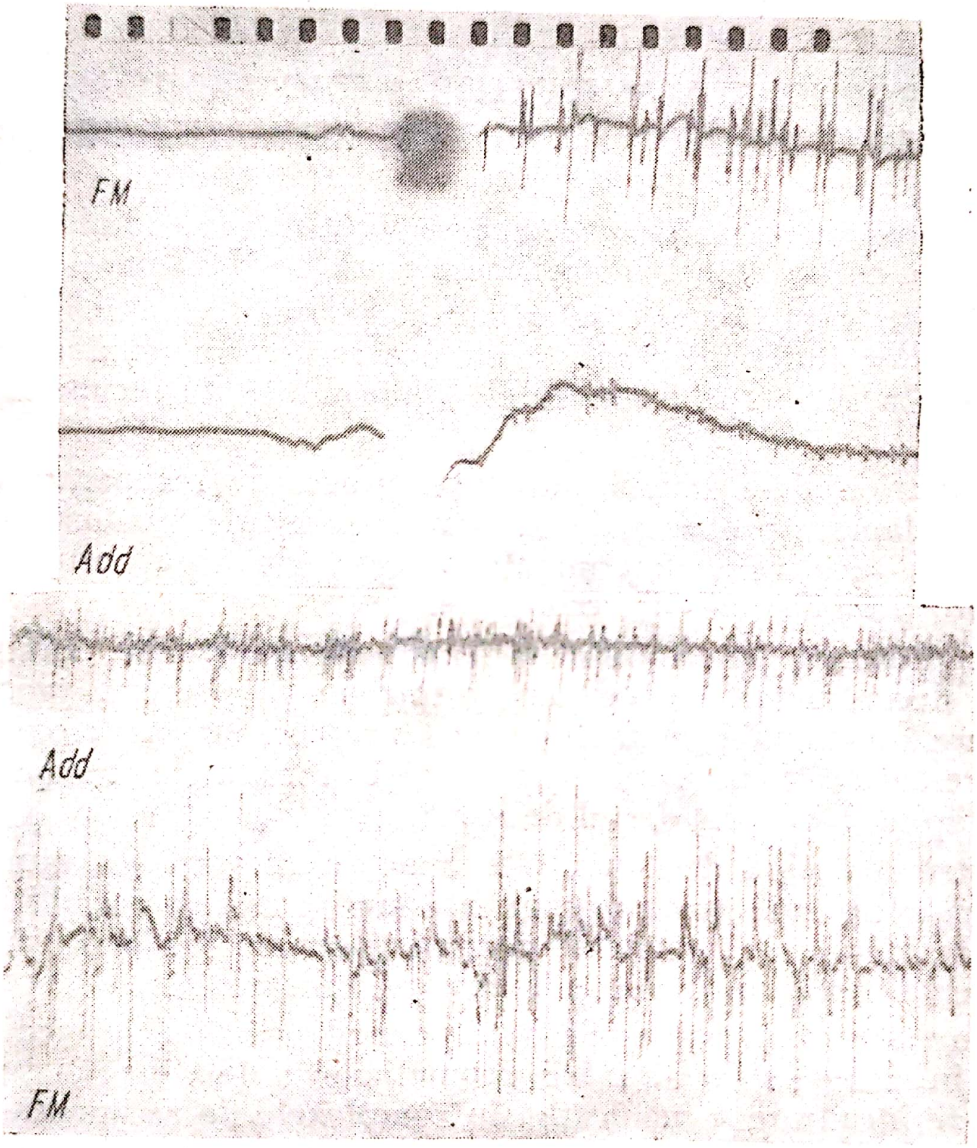

Fig. 57.

CONCLUZII

EMG este utilă :

— în stabilirea unui bilanț muscular precis la reumaticii cu deficiențe motorii ;

— în stabilirea indicației chirurgicale selective pentru mușchii contracturați ;

— în urmărirea dinamică a eficacității metodelor kineziterapeutice și medicamentoase ;

— în stabilirea unui diagnostic precoce în poliartrita reumatoidă corelată cu datele clinice şi de laborator ;

— în stabilirea sediului unor procese patologice la nivelul măduvei şi rădăcinilor nervoase.

APORTUL TRATAMENTELOR MEDICAMENTOASE ÎN DOMENIUL REABILITĂRII REUMATICILOR

Aplicarea tratamentelor medicamentoase în domeniul reabilitării reumaticilor cu deficienţe motorii se axează pe două mari obiective :

1. Într-o primă etapă, se urmăreşte stăpînirea puseului acut şi stabilizarea evoluţiei afecţiunii reumatice respective (fără de care nu este posibil a se începe tratamentele propriu-zise de recuperare funcţională).

2. Ulterior, de-a lungul întregului proces de recuperare funcţională şi readaptare profesională, tratamentele medicamentoase ne ajută să stăpînim recidivele, determinate, uneori, de însăşi supradozarea intensităţii tratamentelor de recuperare.

Sub protecţia puternicelor medicamente analgetice, antiinflamatoare şi decontracturante de care dispunem în prezent, procesul de recuperare funcţională poate fi început precoce, iar numeroasele recidive care adeseori riscă să compromită rezultatele recuperării le putem stăpîni în general destul de rapid.

Pentru a obţine deci rezultate bune în recuperarea reumaticilor trebuie să avem cunoştinţe cît mai amănunţite asupra posibilităţilor pe care ni le oferă medicamentele antireumatismale moderne, precum şi o experienţă corespunzătoare în dozarea şi aplicarea lor.

Vom trece în revistă unele date privind principalele medicamente folosite în domeniul recuperării reumaticilor ; detaliile cu privire la metoda de încadrare a medicaţiei în complexele de recuperare le vom expune la capitolul privind metodologia recuperării diferitelor afecţiuni reumatice.

A. DERIVAŢI CORTIZONICI

Industria noastră chimico-farmaceutică ne-a pus la dispoziţie, în ultimii ani, o serie de derivaţi cortizonici valoroşi : hidrocortizonul (fiole de 1 ml conţinînd 25 mg suspensie apoasă pentru injecţii intrasau periarticulare) ; prednisonul (comprimate de 1 şi 5 mg) ; supercortizolul (fiole de 0,025 g, în suspensie apoasă injectabilă intramuscular şi comprimate de 5 mg) ; superprednolul (comprimate de 0,5 mg).

Scanned with OKEN Scanner

În cadrul Centrului metodologic de reumatologie am aplicat, pe scară largă, toate aceste produse, în diverse forme de reumatism care determină deficiențe motorii : în poliartrita reumatoidă, în spondilartrita anchilozantă (mai ales periferică), iar sub formă de cure de scurtă durată, în periartrite, tenosinovite, radiculite etc.

Nu vom lua în discuție problema acțiunii și indicațiilor detaliate ale acestor tratamente în diverse forme de reumatism. Ne mărginim să subliniem numai că, pînă în prezent, corticoterapia rămîne tratamentul antiinflamator cel mai puternic de care dispunem în reumatologie, prin influențarea rapidă și spectaculară a semnelor clinice și biologice din numeroase forme de reumatism.

După cum știm, remaniind în diferite forme molecula corticosteroizilor inițiali, biochimiștii au urmărit să amplifice acțiunea antiflogistică și să elimine sau să reducă o serie de acțiuni nocive. Totuși, chiar și la preparatele cele mai moderne, acțiunea antiflogistică nu a putut fi complet disociată de o serie de efecte secundare. De aceea, fără a diminua cu ceva valoarea incontestabilă a acestor medicamente, ne vom opri mai mult asupra unor efecte secundare date de aceste preparate, așa cum le-am observat în practica noastră.

Prezentăm o serie de observații practice privind folosirea acestor preparate în diverse forme de reumatism, în special în poliartrita reumatoidă (una din indicațiile majore) :

1. Nu este justificată prescrierea corticoterapiei *per os* (sub formă de prednison sau superprednol) în poliartrita reumatoidă de debut, ci numai după eșecul tratamentelor cu aspirină, antimalarice de sinteză și crisoterapie, în formele de boală cu o evolutivitate intensă, rapidă și invalidantă. În schimb, corticoterapia locală (hidrocortizon) poate fi prescrisă chiar de la început.

2. Dozele mari de preparate cortizonice sînt indicate mai mult în boala Bouillaud și în unele colagenoze (ca L.E.D., dermatomiozită etc.). Cînd însă este vorba de un tratament îndelungat al poliartritei reumatoide, este recomandabil a se folosi metoda dozelor suboptimale de cortizonice (sub 10 mg prednison), în asociere cu doze mai mari sau mai mici de antimalarice de sinteză și antialgice obișnuite.

3. Aplicînd la un mare număr de cazuri tratamente de lungă durată (de peste patru luni), am constatat că derivații cortizonici moderni (prednisonul, superprednolul) deși sînt mult mai activi și mai puțin nocivi decît cortizonul folosit inițial expun totuși la unele tulburări metabolice, accidente glandulare, digestive, neuropsihice, vasculare, infecțioase etc., care trebuie bine cunoscute pentru a fi prevenite. Dintre acestea amintim :

a) *Perturbările metabolice :* — asupra clorurii de sodiu : în timp ce cortizonul folosit inițial provoacă edeme, mergînd pînă la sindrom

Scanned with OKEN Scanner

cushingoid, edemele au devenit excepţionale în cazul administrării prednisonului sau superprednolului. Totuşi este prudent să prescriem un regim desodat ori de cîte ori dozele aplicate depăşesc 15 mg prednison ;

— asupra potasiului : deperdiţia potasică este importantă numai pentru dozele care depăşesc 25 mg prednison zilnic. Totuşi, ca şi majoritatea autorilor, noi recomandăm administrarea zilnică a circa 2 g clorură de potasiu, cînd doza depăşeşte 15 mg prednison ;

— asupra hidraţilor de carbon : dozele mari de prednison scad toleranţa la hidrocarbonate, cresc glicemia, fac să apară glicozurii. Totuşi, apariţia diabetului cortizonic nu ne face să excludem corticosteroizii din tratament în mod obligatoriu ; atunci cînd prednisonul este indispensabil pentru stăpînirea unei poliartrite reumatoide, cu un mare coeficient de evolutivitate, se continuă tratamentul sub protecţia insulinei ;

— asupra lipidelor : prednisonul, ca şi superprednolul cresc anabolismul lipidic, realizînd, uneori, o obezitate faciotronculară. Atunci cînd greutatea corporală a început să crească sau cînd se administrează doze mai mari de 15 mg prednison, cantitatea de lipide şi glucide din alimentaţie va fi redusă şi se vor prescrie moderatoare ale apetitului (în special în cazul superprednolului, care creşte mult apetitul) ;

— asupra proteinelor : prednisonul şi mai ales superprednolul măresc catabolismul proteic, determinînd, uneori, o atrofie musculară de tip miopatic care prinde, simetric, muşchii centurilor şi ai membrelor ; de aceea, în formele consumptive, cu tendinţă la caşexie, nu vom folosi doze mari de corticosteroizi (şi mai ales se va evita triamcinolonul) ;

— asupra calciului : tratamentele îndelungate cu prednison (chiar în doze de 10 mg) pot provoca osteoporoză şi, uneori, fracturi şi chiar osteoliza capului femural (necroză aseptică), datorită acţiunii catabolice pe stroma proteică a osului şi eliminării fosfocalcice (realizînd un adevărat „diabet calcic"). În aceste cazuri asociem, în cadrul tratamentului, regimul bogat în proteine şi calciu, cu anabolizantele (estrogeni, androgeni, androgeni nevirilizanţi) şi gimnastica medicală.

b) *Accidentele digestive.* În tratamentele prelungite cu prednison ne-am lovit destul de frecvent de intoleranţa gastrică semnalată de cei cu antecedente digestive, uneori aceasta apărînd precoce, chiar după primele zile de tratament. Nu am înregistrat nici un caz de ulcer gastroduodenal provocat prin prednison. Totuşi, trebuie ţinut cont că, în timpul tratamentului cu corticosteroizi, ulcerul poate evolua lent sau mascat de tulburări dispeptice anodine, devenind evident numai cu ocazia unei hemoragii sau perforaţii. De aceea, prevenirea accidentelor digestive este una dintre preocupările majore în cursul corti-

Scanned with OKEN Scanner

coterapiei. Trebuie să protejăm mucoasa gastrică prin alcaline, geluri de aluminiu, iar cînd s-a produs gastrita sau ulcerul întrerupem progresiv corticoterapia.

c) *Accidentele neuropsihice.* Tratamentele prelungite cu prednison pot provoca insomnie, iritabilitate, euforie care însă, în general, le-am putut stăpîni cu doze mici de barbiturice, tranchilizante, hipnotice. Nu am avut cazuri de psihoze cortizonice.

d) În unele cazuri, după 2—3 săptămîni de tratament cu prednison, am constatat *ascensiuni tensionale,* pe care le-am putut stăpîni relativ uşor prin medicaţia hipotensivă. Rareori am fost siliţi să întrerupem tratamentul din cauza unei hipertensiuni rebele. Nu am înregistrat nici un fel de tromboze arteriale şi venoase.

e) Cunoscînd acţiunea de favorizare a ecloziunii sau redeşteptării *infecţiilor* diverse (stafilococice, tuberculoase etc.) prin corticoterapie, am evitat administrarea corticosteroizilor în asemenea cazuri sau am asociat tratamentului antibioticul adecvat. Atragem atenţia în special asupra infecţiilor urinare care pot fi favorizate prin tratamentul îndelungat cu prednison.

f) Dintre inconvenientele corticoterapiei prelungite acordăm cea mai mare importanţă *inerţiei suprarenale.* Tratamentele prelungite cu prednison şi în special cu superprednol pot produce o importantă inhibiţie funcţională, căreia, conform legilor biologice, îi poate succeda o veritabilă atrofie anatomică a zonei fasciculate şi reticulate a suprarenalei. Biologic, scade excreţia 17-cetosteroizilor urinari şi 11-oxisteroizilor, iar testul Thorn ne arată răspunsul slab al suprarenalei la ACTH. Clinic, această insuficienţă corticosuprarenală rămîne latentă în condiţii obişnuite sau apar, din cînd în cînd, accese de slăbiciune generală, sau chiar scurte pierderi de cunoştinţă (în special la o scădere oarecare a dozelor), sau frisoane, febră etc., fenomene care cedează îndată ce s-a mărit doza (hipocorticismul endogen este mascat de hipercorticismul terapeutic). Insuficienţa suprarenală devine evidentă însă la sevrajul brusc al corticosteroizilor (cînd se poate produce chiar colaps) sau cu ocazia unui *stress* (şoc psihic, infecţii, traumatisme, intervenţii chirurgicale etc.), cînd suprarenala este incapabilă să satisfacă cerinţele crescute ale organismului în hormoni naturali glucidoprotidici, producîndu-se accidente grave de insuficienţă corticosuprarenală.

Niciodată nu trebuie suprimat prednisonul şi apoi să se aplice ACTH pentru „regonflajul" terminal al corticosuprarenalei. (Aceasta este o greşeală, întrucît funcţia corticosuprarenalei desigur că nu poate fi restaurată instantaneu, producîndu-se astfel nu numai un hipocorticism brusc de sevraj, dar şi accidente grave, prin solicitarea brutală a corticosuprarenalei prin ACTH.)

Scanned with OKEN Scanner

4. Metoda injectării *periodice* de ACTH nu ne-a dat în general rezultate în menținerea funcției corticosuprarenalelor în cursul corticoterapiei prelungite în poliartrita reumatoidă. De altfel, asocierea mai îndelungată a ACTH și cortizonicelor poate expune la unele accidente. În cadrul Centrului metodologic de reumatologie, noi prescriem, în corticoterapia de lungă durată, pentru „regonflajul" corticosuprarenalei, timp de 6—7 zile, cîte 40—50 u. ACTH retard, concomitent cu scăderea progresivă a dozei de corticosteroizi. Uneori, în cazurile în care corticoterapia este net indicată, se poate începe tratamentul prin ACTH, care, dat în cure scurte și doze moderate, produce efecte clinice remarcabile permițînd să stăpînim evolutivitatea cazului, continuînd apoi tratamentul cu medicamente de alt tip. Calea intramusculară de administrare a ACTH este cea mai recomandabilă, expunînd la mai puține inconveniente.

5. În caz de insuficiență corticosuprarenală acută de sevraj, administrăm hidrocortizon succinat intravenos, în perfuzii, și noradrenalină.

6. Asocierea corticoterapiei cu fenilbutazonă nu este în genere recomandabilă, expunînd la unele incidente, în special digestive.

7. În ceea ce privește asocierea crisoterapiei cu corticoterapia, în poliartrita reumatoidă și spondilartrita periferică, sînt două ipoteze : a) atunci cînd se poate realiza sevrajul cortizonic, este bine ca, între terminarea corticoterapiei și începerea crisoterapiei, să fie lăsat un interval de minim 45 de zile ; b) cînd nu reușim însă să realizăm sevrajul, încercăm să scădem corticoidul pînă la doze suboptimale (sub 10 mg prednison) și administrăm simultan doze mici de aur.

8. Asocierea prednisonului cu antimalarice de sinteză (Chlorochin) s-a dovedit a fi utilă, permițînd a scădea doza minimă eficace de prednison. Se va încerca, de la caz la caz, mărirea dozelor zilnice asociate de Chlorochin atît cît permite toleranța individuală, experiența arătînd că dozele forte sînt mai eficace.

9. În ultimii ani am utilizat în poliartrita reumatoidă asocieri între diversele tipuri de cortizonice, care permit întărirea acțiunii terapeutice, iar, pe de altă parte, compensează, reduc sau elimină unele inconveniente. Printre cele mai utile s-a dovedit asocierea prednisonului cu triamcinolonul (care permite a compensa anorexia, slăbirea și topirea musculară date de triamcinolon prin efectele inverse ale prednisonului) ; în plus, această asociere scade riscurile digestive. Riscurile digestive scad, de asemenea, și în asocierea prednison-Medrol.

Dintre produsele mai noi amintim : betametazonul (betametazon-alcool tip „Célesténe" sau betametazon-fosfat de tip „Betnesol", în comprimate solubile sau injectabile), parametazonul (parametazon-

Scanned with OKEN Scanner

acetat tip „Metilar") şi, mai ales, Depo-Medrolul (pentru injecţii intramusculare şi intraarticulare) — corticoizi de mare şi rapidă eficacitate terapeutică şi cu o toxicitate redusă.

B. CRISOTERAPIA

Tratamentul cu săruri de aur reprezintă un adevărat tratament de fond în reumatismele de tip inflamator şi, în primul rînd, în poliartrita reumatoidă şi spondilartrita periferică. Preparatele cele mai folosite sînt : Solganal B. oleosum (flacoane de 5 ml suspensie uleioasă de aurotioglucoză de 2% sau 20%), Allochrysine (sare hidrosolubilă de aurotiopropanol sulfonat de sodiu conţinînd 30% aur), sulfura de aur coloidal (86% aur) etc.

În ceea ce priveşte posologia, se începe tratamentul cu doze progresive, tatonînd sensibilitatea bolnavului. Noi prescriem de preferinţă Solganal B. oleosum 20%, o injecţie intramusculară săptămînal, începînd cu 1 cg/injecţie şi crescînd progresiv pînă la 4 cg, administrînd 1—2 g/serie.

Allochrysina se prezintă sub formă de fiole cu patru dozaje (0,20 g, 0,10 g, 0,05 g, şi 0,025 g), fiecare fiolă de 2 ml fiind însoţită de o fiolă de 8 ml soluţie salină, pentru diluţie, care se amestecă într-o seringă de 10 ml şi se injectează pe cale intramusculară ; pentru diluţie se poate folosi o fiolă de hiposulfit de magneziu 10% care poate creşte toleranţa organismului la aur. Schema de tratament cea mai folosită este următoarea : se începe prin patru injecţii (la interval de 5 zile) de cîte 0,025 g, apoi continuăm cu doza de 0,05 g/injecţie (la interval de 7 zile) un număr de 10—14 injecţii (noi preferăm acest dozaj mai redus, comparativ cu alţi autori care recomandă : 10 injecţii de 0,05 g la 5 zile, apoi 10 injecţii de 0,10 g la 7 zile interval, totalizînd 1,5 g/serie). Între serii se face o pauză de 45 de zile.

În ceea ce priveşte sulfura de aur coloidal se face o injecţie intramusculară/săptămînă ; se începe cu 1 ml, apoi 2, 3, 4 sau 5 ml (fără a depăşi 5 ml), o serie totalizînd 30—60 ml şi durînd 2—5 luni.

Ritmul injecţiilor, doza totală şi numărul seriilor trebuie adaptate de la caz la caz. Deşi, în general, crisoterapia dată în dozele amintite este bine tolerată, totuşi tratamentul trebuie urmărit cu atenţie.

Înainte de tratament vom verifica absenţa contraindicaţiilor (insuficienţă renală, hepatică, perturbări ale crazei sanguine, anemie, leucopenie, leziuni cutanate). De asemenea, în timpul tratamentului, suspendăm injecţiile imediat ce au apărut : albuminurie, eriteme, eczeme, purpure, epistaxis, stomatită, gingivită, diaree, subicter, febră, frisoane, cefalee, oboseală intensă. În fiecare săptămînă verificăm urina şi hemoleucograma, pentru a evita în special cele trei accidente

Scanned with OKEN Scanner

grave : eritrodermia, nefrita şi aplazia medulară (cu anemie şi agranulocitoză).

Aplicată precoce, la debutul bolii, crisoterapia dă rezultate favorabile în mai mult de 50% din cazuri. Acţiunea sa este lentă, însă rezultatele sînt mai durabile decît prin cortizonoterapie.

În cazurile de crisorezistenţă sau crisointoleranţă se pot administra *sărurile de cupru* (Ebesal, Dicupren, Cupralen etc.) mai ales în formele însoţite de psoriazis (care, în general, sînt iritate prin crisoterapie). Se începe prin dozele de 0,10 g/injecţie, apoi se trece la 0,25 g/injecţie, totalizînd 2,5—5 g/serie. Eficacitatea este mai redusă faţă de crisoterapie. Cele mai bune rezultate se obţin în poliartritele reumatoide cu o evoluţie sub un an.

C. ANTIPALUDICELE DE SINTEZĂ

Clorochina şi derivaţii săi reprezintă un adjuvant preţios în tratamentul colagenozelor, poliartritei reumatoide şi spondilartritei periferice. Produsele cele mai utilizate sînt : Clorochin-ul (comprimate de 400 mg), Nivaquine (comprimate de 100 şi 300 mg şi supozitoare de 150 şi 300 mg sulfat de clorochin), Quinercyl (drajeuri de 100 mg gentisat de clorochin), Plaquenil (comprimate de 200 mg sulfat de hidroxi-clorochin), Delagil (tablete de 250 mg şi fiole de 5 ml a 250 mg difosfat de clorochin), Paludrin sau Pladmin (comprimate de 100 mg).

În ceea ce priveşte posologia, dozele variază între 300 şi 600 mg/zi. Se observă rezultate bune în 30—40% din cazuri. În caz de eşec (după 1—2 luni de tratament) se încearcă asocierea a două sau mai multe antipaludice, în doze mai reduse şi cu rezultate mai bune. Dintre preparatele care asociază diverse antipaludice amintim Collagenan-ul (tratamentul de atac se face cu 4—6 drajeuri/zi, timp de 1—2 săptămîni, apoi 2—4 drajeuri/zi timp de 2—6 săptămîni, după care se dau 1—2 drajeuri/zi, pentru întreţinere, pe o durată variabilă).

Utilizate izolat, antipaludicele nu reuşesc să reducă evolutivitatea bolii ; ele se folosesc de obicei asociate cu aur, corticosteroizi, aspirină sau fenilbutazonă. Asocierea aspirină, aur, antipaludice şi hidrocortizon local o considerăm printre cele mai valoroase în domeniul reumatismelor inflamatoare. De asemenea, asociind antipaludicele cu corticoterapia *per os* reuşim, uneori, să reducem doza utilă de derivaţi cortizonici. Incidentele sau intoleranţa date de antipaludice sînt în general lipsite de gravitate şi dispar după întreruperea tratamentului (tulburări digestive, vizuale, nervoase, cutanate).

Scanned with OKEN Scanner

D. DERIVAȚI PIRAZOLAȚI

Aceste medicamente care au o acțiune analgetică și antiinflamatoare energică sînt deosebit de utile în terapeutica reumatologică și în protecția tratamentelor de recuperare ; în domeniul spondilartritei anchilozante, reprezintă medicația cea mai eficace.

Dintre preparatele cele mai folosite amintim : Alindor (drajeuri de 125 mg și fiole de 5 ml conținînd soluție apoasă injectabilă de 15%; se administrează o doză de atac de 4—6 drajeuri/zi, urmînd doza de susținere de 1—2 drajeuri/zi, sau, parenteral, o fiolă zilnic sau la două zile, intramuscular, profund), Fenilbutazona (drajeuri de 200 mg, care se administrează 2—4/zi, apoi 1—2/zi sau fiole de 600 mg, o injecție intramusculară zilnic sau la 2 zile, și supozitoare de 250 mg 1—2/zi) sau preparatele similare : Butazolidine, Butalidon, Irgapyrin, Rheopirin, Pyrabutol, Tanderyl, Tomanol etc. O serie de derivați pirazolați sînt asociați cu derivații cortizonici : Reozolon, Deltabutazolidină, Rodinolon etc. Ca o apreciere generală, derivații pirazolați dau rezultate foarte bune în 50% din cazuri, bune în 35% și mediocre sau nule în 15%. Înainte de tratament, trebuie să excludem, cu atenție, contraindicațiile, ulcerul gastroduodenal, diversele afecțiuni hepatice și renale, insuficiența cardiacă, leucopenia, hemofilia, discraziile sanguine, spasmofilia, epilepsia, tetania, sensibilizările medicamentoase, persoanele în vîrstă.

E. ALTE TRATAMENTE

Dintre celelalte tratamente medicamentoase care pot aduce o contribuție în stabilizarea bolii și protecția tratamentelor de recuperare, amintim :

— Acidul acetilo-salicilic (comprimate de 0,5 g), deosebit de util pentru acțiunea sa analgetică (2—4 g/zi, asociat cu 1 g vitamină C).

— Pyranul (comprimate de 0,300 și 0,100 g), de asemenea foarte necesar în cadrul complexelor de tratament (1—2 g/zi).

— Medicamentele decontracturante sînt indispensabile pentru contribuția pe care o aduc în înlăturarea contracturilor musculare dureroase care împiedică progresiunea tratamentelor de recuperare funcțională (în discopatii cu scolioze antalgice rebele, în coxartroze, în P.R. etc.). Amintim dintre acestea : Coltramyl-ul (care se administrează sub formă de tablete de 4 mg, 3/zi, sau sub formă de fiole de 2 ml a 4 mg, o injecție intramusculară sau intravenoasă zilnic) și Paraflex-ul (de 3—4 ori/zi, cîte 1—2 comprimate de 250 mg).

— Medicamentele anabolizante (Madiol, Steranabol, Dianabol, Durabolin, Dianavit etc.) le asociem tratamentului cortizonic de lungă

Scanned with OKEN Scanner

durată, pentru a preveni osteoporozele, precum și pentru acțiunea lor tonică și eutrofică.

— Dintre medicamentele „antiartrozice" amintim : Odinart sau Tiodin (o fiolă la 2 zile, intramuscular, 10—15 fiole, 2—4 serii), Soiodin (o fiolă la 2 zile, intramuscular, 15 fiole/serie), Thionaiodine (fiole și comprimate), Protéosulfan (9—12 drajeuri/zi, cu efecte antialgice și eutrofice asupra cartilajelor), Rumalon (extract de cartilaj și măduvă osoasă ; se fac trei injecții intramusculare profunde, săptămînal, începînd cu 0,3 ml, continuînd cu 0,5 ml, apoi cu cîte 1 ml, timp de 5—6 săptămîni, totalizînd 15—20 ml/serie), Acthiol (ester metilic al cisteinei, cu tropism pentru cartilajele articulare ; se administrează 4 comprimate/zi, timp de 3—4 săptămîni), Thiodérazine etc.

Desigur că medicamentele utile în domeniul recuperării afecțiunilor reumatice sînt mult mai numeroase ; noi ne-am limitat la trecerea în revistă a celor mai frecvent utilizate în practica de toate zilele. În ceea ce privește modul de încadrare a acestor medicamente în cadrul tratamentelor complexe, acesta va fi expus în capitolele privind recuperarea în diferitele afecțiuni reumatice.

PRINCIPII ȘI METODE ORTOPEDICO-CHIRURGICALE ÎN PREVENIREA ȘI CORIJAREA DEFORMAȚIILOR LA REUMATICI

A. PRINCIPII GENERALE

Reumatismul cuprinde o serie de afecțiuni care au caractere comune, dintre care : un substrat anatomic lezional interesînd în primul rînd aparatul locomotor și cardiovascular, și un tablou clinic cu evoluție mai rar acută și frecvent cronică, manifestat din punct de vedere ortopedic prin dureri, tumefacții, impotență funcțională, deformații și anchiloze. Din aceste caractere comune rezultă, logic, că diferite specialități se întîlnesc pe tărîmul luptei antireumatismale, iar rolul ortopediei este dintre cele mai importante, întrucît majoritatea bolilor reumatismale interesează osul, aparatul musculo-ligamentar și articulațiile.

O dată cu progresele realizate de terapeutica medicală, posibilitățile create de corticoterapie au reactualizat chirurgia reumatismului și au permis o serie de intervenții precoce.

Etiologia reumatismului, insuficient cunoscută, a solicitat și pe chirurg în căutarea unor operații care să influențeze evoluția procesului patologic și astfel, în cadrul chirurgiei reumatismului, s-au practicat intervenții pe paratiroide (Oppel, 1928), pe sistemul neurovege-

Scanned with OKEN Scanner

tativ (Leriche), dar, pînă în ultimii ani, această chirurgie era considerată chirurgia fazei tardive, în scop corector şi mai rar recuperator.

Protecţia dată de hormonoterapie, pe de o parte, dezvoltarea tehnicii de reanimare, precum şi studiile avansate de fiziopatologie,

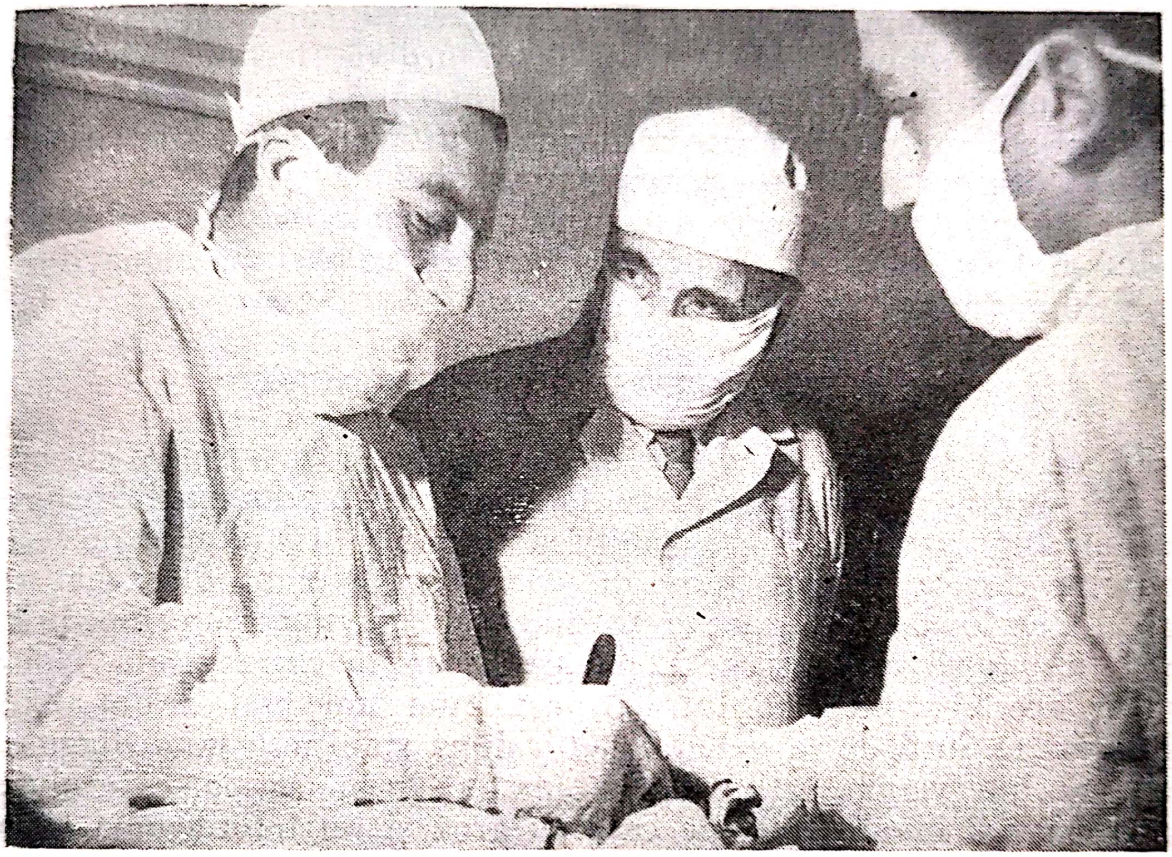

Fig. 58. — În Centrul de reumatologie recuperarea deficienţilor motori reumatici se face printr-o colaborare strînsă dintre reumatologi, ortopezi şi alţi specialişti.

anatomie patologică şi biomecanică, pe de altă parte, dau o nouă orientare în ultimii ani ortopediei şi chirurgiei reumatismului, care tinde să devină profilactică şi funcţională.

În situaţia arătată mai sus, tratamentul modern trebuie să îmbine armonios, în funcţie de boală şi bolnavi, terapia medicamentoasă cu cea ortopedică şi chirurgicală. Decurge din aceasta un prim principiu care stă la baza gîndirii noastre terapeutice — *principiul tratamentului complex* —, care ne conduce în aplicarea diverselor mijloace medicale, fizioterapice, kineziterapice, ortopedice sau chirurgicale, conform unui plan terapeutic alcătuit în comun de specialiştii din aceste ramuri.

La Centrul de reumatologie am realizat o echipă de specialişti care studiază fiecare caz în parte, alcătuind planul terapeutic în funcţie de parametrii daţi de forma şi stadiul bolii şi de bolnav (fig. 58).

În vederea tratamentului complex, noi realizăm prin această echipă de specialişti *o colaborare permanentă şi de durată,* în cadrul Centrului de reumatologie. Colaborarea noi o concepem ca începînd din primele stadii ale bolii, deoarece numai astfel se pot preveni deformaţiile cu urmări grave asupra funcţiei articulare, practicînd o adevărată profilaxie a acestora. Concepţia veche care susţinea că faza ortopedică sau chirurgicală este o fază tardivă, trebuie părăsită în schimbul unei concepţii moderne, conform căreia, sub protecţie hormonală şi sprijinite prin toate mijloacele tratamentului complex, ortopedia şi chirurgia capătă un caracter funcţional.

Un alt principiu pe care ni-l însuşim, considerîndu-l absolut necesar într-o boală cronică şi progresivă, este urmărirea bolnavilor în timp prin *metoda dispensarizării.*

B. METODE ORTOPEDICO-CHIRURGICALE

În cadrul tratamentului complex, mijloacele ortopedico-chirurgicale sînt multiple şi rămîne la latitudinea colectivului medico-chirurgical întrebuinţarea lor după stabilirea formei şi a stadiului de boală. Concepţia clasică socotea pînă de curînd că stadiul de debut este medical, perioada de stare este medicală şi, uneori, ortopedică şi numai faza tardivă, de sechelă, poate fi socotită chirurgicală. Noi ne opunem acestei concepţii, întrucît, aşa cum am mai arătat, există posibilităţi ca încă de la debutul bolii, după stabilirea unui diagnostic precis, să intervenim activ, evitînd astfel, în mare parte, evoluţiile dezastruoase şi invalidante, pe care cu greu şi nu întotdeauna le mai poate influenţa chirurgia corectoare tardivă.

Aşa cum arată Herbert, modificările osteoarticulare în boala reumatismală rezultă din conjugarea a trei factori patologici : atitudinea vicioasă, leziunea inflamatoare şi osteogeneza.

Articulaţia inflamată se evidenţiază clinic prin durere, tumefacţie şi impotenţă funcţională şi se apără reflex prin contracturi musculare. Revărsatul intraarticular impune o poziţie în care aparatul capsuloligamentar să prezinte o tensiune cît mai mică şi prin aceasta apare poziţia vicioasă, deoarece, de cele mai multe ori, poziţia de maximă capacitate este diferită de poziţia funcţională. Perpetuarea noilor raporturi între piesele osoase la bolnavii tineri modifică osteogeneza şi duce la deformaţii osoase ; la bolnavii la care creşterea este terminată, piesele osoase îşi modifică forma şi structura conform legilor lui Delpêche şi Roux, asupra cărora nu este cazul să insistăm.

Ory şi Henrard arată că în acest cerc vicios — inflamaţie, durere, contractură, poziţie vicioasă — intervine o exarcerbare a fenomenelor distrofice care constituie un motiv în plus pentru desfiinţarea cît mai precoce a poziţiilor vicioase.

Scanned with OKEN Scanner

Ortopedia ne pune la dispoziție mai multe metode :

1. *Exercițiile de gimnastică posturală și atitudinile corectoare* care sînt descrise într-un capitol aparte. Dorim să subliniem, așa cum arată Stoia, efectul favorabil al mișcării, care poate fi socotită echivalentul unui medicament și trebuie aplicată precoce și perseverent. Reumaticul trebuie educat în sensul cunoașterii și executării, cu conștiinciozitate, a unui program zilnic de gimnastică medicală, care să pună în activitate, în mod armonios, diversele grupe musculare și să mențină funcția articulară.

La bolnavii operați, începem gimnastica medicală precoce, menajînd regiunea operată. Mobilizarea este ușor realizabilă în intervențiile pe membrul superior, scurtează convalescența, ameliorează starea generală și creează un moral bun, foarte necesar pentru succesul recuperării postoperatorii.

Articulația operată poate fi mobilizată cu anumită prudență și noi obișnuim ca începînd cu a doua zi de la operație, cu ocazia pansamentelor, să facem primele mișcări pasive și să învățăm bolnavul să execute contracții izometrice ale musculaturii învecinate.

Imobilizarea în tratamentul reumatismului trebuie să rămînă o măsură aplicată în stadiile dureroase și va fi menținută cît mai puțin timp.

Posturile corective cuprind poziții pe care le ia bolnavul în mod voit, pentru a lupta contra tendinței la atitudini vicioase, și ele trebuie individualizate de la caz la caz. În capitolul de față ne mulțumim numai să le menționăm, întrucît ele sînt descrise în amănunt în alt capitol.

2. *Mobilizarea sub anestezie.* O atitudine sau o poziție vicioasă trebuie desființate cît mai precoce și în acest scop putem întrebuința metoda reducerii sub anestezie. Pentru membrele inferioare se poate folosi rahianestezia, dar noi am preferat anestezia generală prin inhalație (eter) și mai rar anestezia intravenoasă.

Reducerea poziției vicioase, pe masa ortopedică, se va face cu blîndețe, dar cu fermitate, și se va aprecia, printr-o radiografie bună, gradul de osteoporoză, evitîndu-se astfel accidentele neplăcute. O dată desființată poziția vicioasă, menținem reducerea cu ajutorul unui aparat gipsat care va fi purtat cîteva zile. De cele mai multe ori, am reușit să modificăm poziția vicioasă într-o singură ședință, dar, uneori, este necesară acționarea pe etape, care sînt ritmate de fenomenele dureroase de la nivelul articulației în curs de reducere (Staudinger, Forestier, Certonciny).

Pentru prevenirea pozițiilor vicioase, în timpul puseurilor acute, întrebuințăm diverse metode care pun în repaus articulațiile dure-

Scanned with OKEN Scanner

roase, diminuează contractura şi ajută la resorbţia hidartrozei. Dintre acestea amintim :

3. *Atelele.* Cu ajutorul atelelor se pot preveni poziţiile vicioase, iar în cazul poziţiilor constituite, se pot menţine rezultatele obţinute după reducerea sub anestezie. Este foarte important de cunoscut cîteva noţiuni, pentru a aplica corect, eficient şi fără complicaţii această metodă.

Dat fiind individualizarea de la caz la caz a fiecărei deformaţii, materialul din care se pot confecţiona trebuie să permită un mulaj bun şi pentru acest motiv, în special la nivelul mîinii, am preferat atelele din gips. În cadrul Centrului de reumatologie confecţionăm pentru fiecare bolnav care prezintă o tendinţă la deformaţie a mîinii, atele din gips, căptuşite cu un strat subţire de vată, pe care bolnavul le va purta atît în cursul spitalizării, cît şi după plecarea acasă. Atelele trebuie căptuşite pentru a proteja pielea, care, la reumatici, este fragilă şi pentru a preveni escarele.

În afara atelelor gipsate se mai întrebuinţează atele din aluminiu, iar unii autori, cum este Forestier, recomandă atele din material plastic.

4. *Aparatele gipsate circulare* care se întrebuinţează pentru punerea în repaus a unei articulaţii în timpul puseului acut sau pentru menţinerea unei reduceri de poziţie vicioasă. Aparatul trebuie să fie uşor, bine mulat şi căptuşit.

Imediat după redresarea fenomenelor inflamatoare şi dureroase, aparatul va fi secţionat bivalv şi se va începe mobilizarea articulaţiei, bolnavul continuînd să poarte aparatul în cursul nopţii.

5. *Aparatele ortopedice.* Au fost concepute diverse tipuri de atele şi aparate ortopedice, cum sînt atelele pentru mîini de tip Swain, Herbert, atelele Hessing, diverse corsete.

În încheiere, subliniem rolul important pe care îl are în prevenirea deformaţiei coloanei *patul tare fără pernă.* În unele cazuri este necesară confecţionarea unui corset gipsat sau a unei carapace. Asupra amănuntelor în legătură cu poziţia în care se imobilizează vom reveni.

MIJLOACE CHIRURGICALE

Chirurgia aduce servicii mari în reumatismele inflamatoare şi degenerative, desfiinţează atitudinile vicioase sau le evită. Uneori, în anumite condiţii, redă mobilitatea. Există astfel o veritabilă chirurgie preventivă, pe lîngă chirurgia clasică corectoare sau restauratoare (Backdahl, Debeyre, Herbert, Laine, M. d'Aubigné).

Scanned with OKEN Scanner

Tehnicile operatorii întrebuinţate în chirurgia reumatismului fac parte din chirurgia ortopedică, la care se adaugă o serie de operaţii pe sistemul neurovegetativ, paratiroidă şi altele.

Vom descrie în capitolul special pe afecţiuni indicaţiile precise, rezumîndu-ne în capitolul de faţă la prezentarea tehnicilor mai obişnuite.

Pentru sistematizare, putem împărţi aceste intervenţii în intervenţii mici, mijlocii şi mari.

a) Intervenţii mici :

1. *Biopsia.* În cazurile atipice, cu diagnostic incert, recoltarea unei porţiuni de ţesut patologic în vederea examenului histologic este foarte utilă şi de foarte multe ori ajută clinicianului la elaborarea diagnosticului. Benignitatea operaţiei, tehnica simplă şi evoluţia postoperatorie fără importanţă ne face să întrebuinţăm metoda frecvent. De obicei, facem biopsii din : sinovială (la nivelul genunchiului sau tecilor tendinoase), noduli tegumentari, muşchi, diferite formaţiuni chistice, fragmente osoase sau cartilaginoase. Iată un caz clinic concludent pentru această intervenţie mică :

Bolnavul P. T. se internează la 3.III.1965 pentru tumefieri şi limitarea mişcărilor la nivelul ambilor genunchi, cu semne discrete de hidartroză şi noduli subcutanaţi perirotulieni. Fenomenele au apărut cu două luni mai înainte. Radiologic, nu sînt modificări. V.S.H. este de 8/19 mm ; reacţiile latex şi Waaler-Rose sînt negative. Se practică o artrotomie la nivelul genunchiului drept şi o sinovectomie parţială, găsindu-se, histologic sinovită cronică sclerogenă, cu zone de hialuronizări difuze şi vase cu pereţi îngroşaţi. Din coroborarea datelor anatomo-clinice, se precizează diagnosticul de poliartrită reumatoidă, care este confirmat prin evoluţia ulterioară a bolii.

2. *Tenotomii.* Secţionarea chirurgicală a unuia sau mai multor tendoane se practică fie percutan, fie printr-o mică incizie tegumentară. În redorile articulare cu contracturi, este o operaţie simplă şi foarte utilă, care completează tratamentul ortopedic şi kineziterapic. Observaţiile noastre asupra articulaţiilor coxo-femurale lezate prin spondilită anchilopoietică arată obţinerea unor rezultate foarte bune prin completarea mobilizării cu tenotomii ale muşchilor adductori, executate chiar pe masa de kinetoterapie, sub anestezie locală. Am reuşit astfel să obţinem grade valoroase de mişcare şi, uneori, să desfiinţăm poziţii vicioase, aşa cum rezultă din observaţia pe care o prezentăm :

Bolnavul S. I. (F. O. 1 793/1964), prezentînd o Sp. A. în evoluţie, se afla în curs de tratament în cadrul Centrului de reumatologie, iar prin mijloacele obişnuite poziţia vicioasă de la nivelul articulaţiilor coxo-femurale, în special în stînga, era greu de corectat. Bolnavul prezenta : articulaţia coxo-femurală stîngă în flexie de 40°, adducţie 10° şi rotaţie externă, iar articu-

Scanned with OKEN Scanner

lația coxo-femurală dreaptă în flexie de 30°, adducție cîteva grade și rotația externă 15° ; mobilitatea păstrată în limita a 20—25°. Pe masa de kinetoterapie se practică tenotomia adductorilor bilateral prin procedeul transcutan, sub anestezie locală, precedată de anestezie de bază cu dilauden-atropină și se reduce flexia. Se obține o abducție de 10° în dreapta și de 15° în stînga, care se menține timp de 4 zile într-un aparat gipsat, după care bolnavul reia mișcările.

b) **Operații mijlocii și mari :**

1. *Rezecții de nervi.* Tavernier și Hierton au propus în artrozele dureroase rezecția nervilor senzitivi. Practicăm și noi în coxartroze rezecția ramurii articulare a nervului obturator sau a nervului pătratului crural.

În artroza genunchiului s-a propus denervarea genunchiului.

2. *Alungiri de tendoane* care se practică mai frecvent la nivelul tendonului ahilian, pentru corijarea unui picior ecvin. Alungirea se poate face în plan frontal sau „în Z".

3. *Scurtarea tendoanelor* fie prin plicaturare, fie prin rezecție, pentru a corija o laxitate.

4. *Tenodeza* : fixarea unui tendon într-o nouă poziție la nivelul osului sau osteo-periostal, pentru limitarea mișcării.

5. *Transplantare de tendoane,* realizînd noi raporturi pentru mușchiul respectiv și deci folosind acțiunea lui modificată.

În poliartrita reumatoidă se practică transplatarea tendoanelor de la mînă — extensori, pentru prevenirea sau corijarea deviației cunoscute (Marmoor, Backdahl).

6. *Foraje.* Crétin, Graber, Duvernay, pornind de la legătura directă care există între vascularizația și troficitatea osului, au propus diverse tehnici de foraj osos, cu sau fără grefe, care au dat rezultate satisfăcătoare pe moment, dar nu s-au menținut în timp.

7. *Osteotomiile* sînt operații care au drept scop corijarea unei deformații osoase prin modificarea direcției, orientării sau lungirii segmentului osos. Din punctul de vedere al scopului urmărit se disting : osteotomiile de direcție (exemplu : osteotomia de varizație sau valgizație a femurului, propusă de Pauwels), de derotație și de scurtare sau alungire. Din punctul de vedere al secționării osoase, osteotomiile pot fi : liniare, cuneiforme, cu pinteni, curbe. Secționarea osului se poate practica la nivelul epifizei și al diafizei. Cele mai întrebuințate osteotomii sînt : subtrohanteriană, supracondiliană, dubla și tripla osteotomie a genunchiului (Rădulescu), osteotomia internă sau externă tarsiană.

Postoperator, este necesară o imobilizare asemănătoare cu cea indicată în cazul unei fracturi și, de aceea, recomandarea ei trebuie bine cîntărită la bolnavii reumatici, dat fiind riscurile cunoscute ale imobilizării.

Scanned with OKEN Scanner

8. *Rezecția osoasă* parțială sau completă, pentru a elimina o exostoză sau o porțiune de os bolnav. Uneori, rezecția se face în scop de anchiloză (spre exemplu rezecția artrodeză a genunchiului) sau în

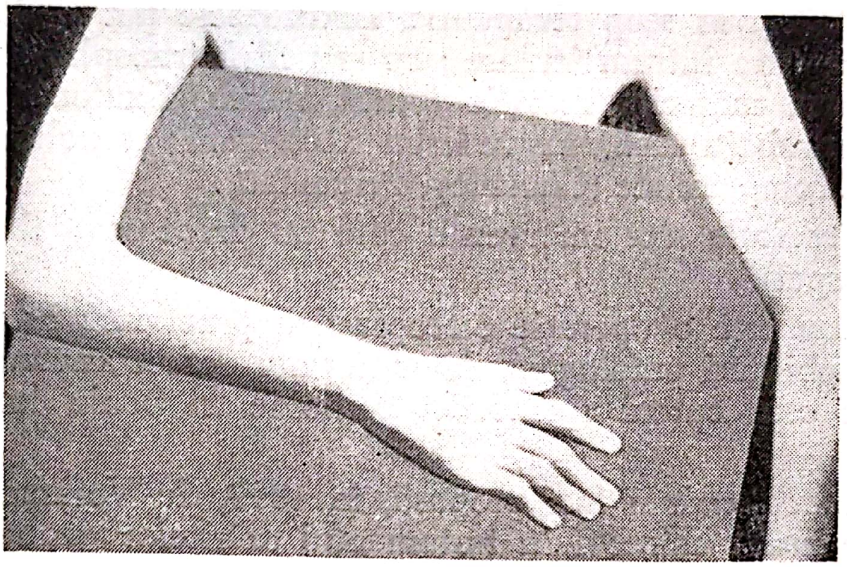

Fig. 59. — Poliartrita reumatoidă cu anchiloză bilaterală a coatelor (înainte de operație).

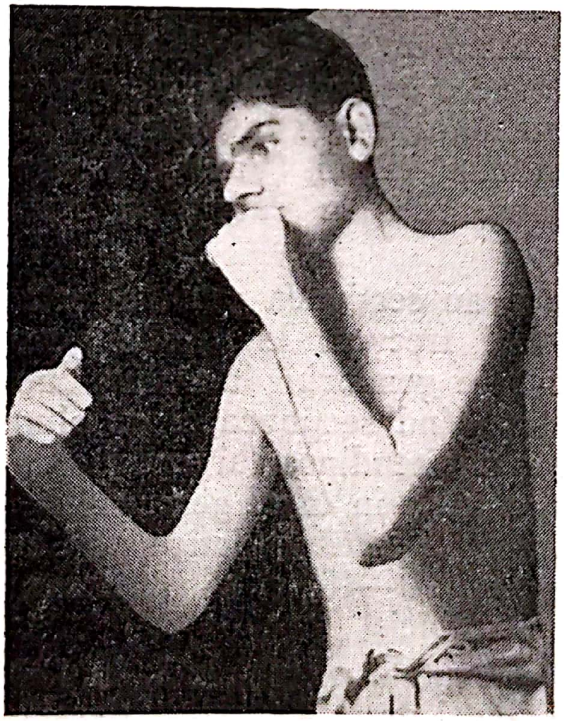

Fig. 60. — Același caz (după rezecția artroplastică).

scop mobilizator (spre exemplu rezecția artroplastică a cotului în poliartrita reumatoidă) (fig. 59 și 60).

9. *Artrotomia* sau deschiderea unei articulații se face fie pentru a evacua un conținut patologic (revărsat, sînge, puroi), fie pentru

Scanned with OKEN Scanner

evacuarea diverselor formaţiuni, ca menisc rupt, chist meniscal, formaţiuni osteocondromatoase, fie explorator.

10. *Artrodeza* este anchilozarea chirurgicală a unei articulaţii în poziţie corectă şi în scop terapeutic. Artrodezele pot fi de mai multe tipuri : extra- sau intraarticulare ; cu sau fără transplant sau grefon ; cu fixare prin material metalic (placă, şurub, fixatoare). În ultima vreme se întrebuinţează, în vederea accelerării consolidării, diverse procedee de compresiune (Charnley, Priboianu).

11. *Artrorizele* sînt intervenţii care au drept scop limitarea unei mişcări (Toupet).

12. *Buteu* este o operaţie osteoplastică practicată în scopul limitării unei mobilităţi patologice, datorită unui defect anatomic. Cel mai caracteristic este buteul sprîncenei cotiloide în boala luxantă coxofemurală.

13. *Sinovectomia* a fost propusă, în 1899, de Volkmann şi întrebuinţată de mulţi chirurgi în tratamentul artritelor genunchilor. Este interesant de reţinut că, încă în 1929, Allison şi Conse obţin ameliorări importante prin sinovectomie la 95% din genunchii cu artrită netuberculoasă. Teama de exacerbări ale bolii face însă pe mulţi autori să se abţină de la intervenţie şi de-abia în epoca hormonoterapiei ablaţia sinovialei devine o operaţie curentă, practicată cît mai precoce atît la nivelul genunchiului, cît şi în articulaţiile mici sau ale tecilor sinoviale ale tendoanelor mîinii (Vainio, Herbert, Backdahl). Vom reveni asupra sinovectomiei în cadrul tratamentului chirurgical al poliartritei reumatoide.

14. *Capsulotomia* sau secţiunea capsulei articulare se practică în redorile articulare, mai frecvent la nivelul genunchiului. Wilson şi Herbert au executat-o pe genunchii în flexie, abordînd pe cale posterioară capsula şi completînd secţiunea ei cu alungirea, după situaţie, fie a bicepsului, fie a semitendinosului sau a semimembranosului. Am obţinut şi noi rezultate bune în cazul genunchilor în flexie (poliartrită reumatoidă sau spondilită anchilopietică periferică), cu condiţia ca aceasta să nu depăşească 30—40° şi să nu existe un grad avansat de subluxaţie posterioară a tibiei.

Operaţia a fost executată prima dată, în 1924, de Smith pe cale posterioară mediană. Putti preferă incizia laterală cu tenotomia bicepsului ; Wilson (Boston) foloseşte două incizii laterale, iar Herbert, în 1938, publică tehnica sa printr-o singură incizie posterolaterală care este astăzi cea mai răspîndită şi pe care o întrebuinţăm şi noi.

15. *Chiuretaje* ale depozitelor calcare în periartrita scapulohumerală.

16. *Rezecţia exostozelor* în spinii calcanieni, *halux valgus* etc.

Scanned with OKEN Scanner

17. *Artroplastia* este operaţia care are drept scop restabilirea mobilităţii şi, pe cît este posibil, a anatomiei într-o articulaţie anchilozată. Restabilirea funcţiei a fost încercată de foarte multă vreme prin osteoplastii (Louvrier, Rizzoli), osteotomii (Rhea Barton), artrotomii pentru excizia aderenţelor (Richardson), cu rezultate nesatisfăcătoare. Începînd cu Brocq, Deutschländer, Hoffa, se obţin rezultate mai bune prin *artroliză* care suprimă anchiloza prin secţionarea ţesutului fibros care limitează mişcările.

În cazurile cu anchiloză osoasă se încearcă transplantarea de articulaţii complete sau porţiuni din ele de la cadavre proaspete (Judét, Vreden, Payr şi alţii).

Prima interpoziţie între fragmentele osoase osteotomizate curb aparţine lui Payr, dar ideea interpoziţiei de *fascia lata* este a lui Verneuil. Adevăratul părinte al artroplastiei este Ollier, care stabileşte normele rezecţiilor artroplastice, iar primul care le aplică este Glück, urmat de Murphy.

Artroplastia este o intervenţie mare, care necesită un studiu amănunţit al bolnavului, o pregătire preoperatorie bună, o echipă operatorie antrenată şi un tratament îndelungat postoperator. Indicaţia trebuie stabilită foarte judicios, cîntărind cu grijă fiecare amănunt. În reumatologie, fără a intra în detalii, care vor fi expuse pe afecţiuni, se poate discuta oportunitatea intervenţiei în anchilozele coatelor, genunchilor şi şoldurilor în poliartrita reumatoidă, precum şi în anchilozele nefuncţionale ale degetelor şi pumnului. În Sp.A. artroplastia şoldului şi a genunchilor trebuie luată în discuţie. Dezvoltarea tot mai mare a tehnicii chirurgicale, ca şi a instrumentarului, împreună cu progresele realizate de anestezie şi reanimare lărgesc tot mai mult posibilităţile de executare a acestor intervenţii şi artroplastia clasică, prin interpunere de materiale organice (*fascia lata,* piele, ţesut grăsos), este părăsită de unii chirurgi care interpun celofan (Smith, Petersen), vitaliu, metaacrilat de metil (Judét) sau diverse proteze din diferite materiale şi cu forme variate.

Noi întrebuinţăm mai frecvent *fascia lata* sau piele la nivelul cotului şi membrană de nylon în articulaţia coxo-femurală, procedeu folosit în anchilozele tuberculoase împreună cu V. Climescu şi V. Iacob şi care a dat rezultate bune, în special în Sp.A. Kuhns, Potter şi colab. obţin rezultate bune prin interpoziţia de nylon la genunchii cu poliartrită reumatoidă.

18. *Proteze* din diferite materiale se întrebuinţează în artritele şi artrozele reumatice. Nu intrăm în amănunte şi ne mulţumim să amintim pe cele mai întrebuinţate, cum sînt proteza Moore pentru capul femural, proteza cervico-trohanteriană Merle d'Aubigné sau protezele fraţilor Judét.

Scanned with OKEN Scanner

Toate aceste tehnici şi metode trebuie încadrate în tratamentul complex, iar aprecierea rezultatelor trebuie făcută în timp, prin controale periodice.

Tratamentul postoperator va fi aplicat timp îndelungat, pînă la recuperarea funcţională sau chiar profesională a bolnavului. Simplul rezultat postoperator imediat, uneori spectacular, trebuie menţinut. Nu trebuie uitat că luptăm contra unei boli cronice progresive, care evoluează în puseuri şi în care se poate pierde foarte uşor funcţia recîştigată.

Principial, în stabilirea indicaţiei chirurgicale vom urmări, în primul rînd, restabilirea mobilităţii la nivelul membrului superior şi a stabilităţii la nivelul membrului inferior. O articulaţie coxo-femurală mobilă, dar instabilă, este mai puţin funcţională decît o anchiloză corectă.

În privinţa anesteziei am utilizat anestezia generală cu eter şi rahianestezia şi mai puţin anestezia intravenoasă. În unele cazuri, la bolnavi cu stare generală proastă sau la bolnavi în vîrstă, anesteziile intraosoase ne-au fost foarte folositoare şi ne-au dat posibilitatea să executăm operaţii mijlocii sau mari (rezecţii artroplastice de cot, sinoveotomii de genunchi). Urmărirea rezultatelor postoperator se face prin fişe, în care, pe lîngă datele obişnuite, notăm bilanţul muscular şi articular (Rocher, Masse) şi opinia bolnavului.

C. METODOLOGIA SPECIALĂ ORTOPEDICO-CHIRURGICALĂ ÎN BOLILE REUMATISMALE

1. POLIARTRITA REUMATOIDĂ

Considerăm că ortopedia şi, în unele cazuri, chirurgia sînt indispensabile încă din perioada de debut a poliartritei reumatoide, întrucît, aşa cum afirmă Leonard Marmoor, „severitatea bolii este aproape egală cu aceea a complicaţiilor" şi astăzi, cînd terapia medicamentoasă ne oferă o protecţie eficientă, temporizarea intervenţiilor nu este justificată.

Urmărind îndeaproape evoluţia bolnavilor observaţi, la care s-a făcut protecţie medicamentoasă, nu am observat o exacerbare a bolii prin *stress*-ul chirurgical, iar în cazul bolnavilor care au făcut ulterior puseuri, acestea au îmbrăcat forma obişnuită sau au fost atenuate. De altfel, majoritatea autorilor moderni apreciază că tratamentul ortopedico-chirurgical trebuie să fie precoce, pentru a obţine prevenirea deformărilor (Papineau, Ruelle, Paradies).

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul ortopedico-chirurgical în faza de debut

În cadrul tratamentului complex vom asocia medicamentelor următoarele măsuri ortopedice :

1. Imobilizarea articulațiilor inflamate în aparate gipsate sau atele. Această imobilizare trebuie să fie de scurtă durată și, pe măsură ce tumefacția și durerea regresează, vor fi recomandate mișcările pentru a preveni redorile. Repausul pe atelă în poziție funcțională sau, uneori, în hipercorecție face să cedeze contractura și menține echilibrul musculaturii. Am preferat atelele gipsate celorlalte tipuri, întrucît dau posibilitatea unui mulaj bun și sînt economice.

2. Gimnastica posturală și gimnastica medicală după tehnicile descrise.

3. În ceea ce privește chirurgia stadiului de debut, părerile autorilor sînt încă împărțite, dar chirurgia precoce cîștigă tot mai mult teren și rezultatele obținute de Flatt, Marmoor, Vainio, precum și cele din cadrul centrului nostru sînt încurajatoare.

Cînd considerăm oportună o intervenție chirurgicală ? În faza de debut, bolnavul prezintă mono- sau oligoartrită, pentru care se instituie tratamentul medicamentos. Atunci cînd, după o lună sau maximum două, fenomenele inflamatoare nu cedează, cazul trebuie discutat în colectiv medico-chirurgical, întrucît prezența unei sinovite cronice nu trebuie acceptată mult timp, deoarece duce la leziuni mai grave osteo-condrale.

În Centrul metodologic de reumatologie, acordînd procesului sinovial toată importanța în determinarea ulterioară a leziunilor cartilajului și osului, preconizăm ablația sinovialei cît mai precoce, înaintea apariției edemului și hidartrozei. Practic, o articulație dureroasă, în cadrul unui tablou de poliartrită reumatoidă care nu cedează la tratamentul medical, credem că beneficiază în urma sinovectomiei.

Sinoviala, atît prin originea sa mezenchimală, cît și prin situația anatomică articulară, este direct și de la început interesată în procesul patologic. Cercetări recente histopatologice consideră leziunea inițială localizată sinovial și evidențiată clinic prin fenomene exsudative. Evoluția este cronică, cu puseuri acute care, treptat duc la constituirea panusului sinovial și apoi la leziuni condrale și osoase. Se pare că, în afara bolii reumatismale și generale cu răsunet local, sinovita cronică devine, prin ea însăși, un factor patologic de sine stătător, capabil să agraveze situația. Acestor considerente li se adaugă și urmările grave asupra articulației, care, prezentînd o hidartroză persistentă, este antalgic imobilizată în poziția de maximă capacitate impusă de creșterea conținutului articular. Articulația bolnavă devine punctul de plecare a unor reflexe care creează un dezechilibru muscular, scad troficitatea

Scanned with OKEN Scanner

și duc, în final, la poziția vicioasă invalidantă. Pentru toate aceste motive, atunci cînd sinovita a devenit cronică, ablația ei se impune înaintea apariției consecințelor grave amintite. Temporizarea intervenției, în speranța că prin tratament medical sau fizioterapic se poate evita o intervenție chirurgicală, care desigur are riscurile ei, nu este justificată deoarece nu sîntem astăzi încă în posesia unui medicament care să ducă la restituție la nivelul țesutului bolnav și, în cel mai fericit caz, putem transforma o sinovită acută inflamatoare într-una cronică, pe fondul căreia vor apărea noi puseuri, repetînd scena inflamată și aducînd din nou injurii grave articulației și funcției sale.

În această situație, intervenția se impune logic, respectînd anumite condiții : în primul rînd avînd de tratat o boală generală, intervenția chirurgicală va fi încadrată într-un complex terapeutic. Tratamentul medical va fi energic și îndeaproape condus de către reumatolog în perioada pre-, intra- și postoperatorie. În cadrul Centrului de reumatologie, la bolnavii care fac hormonoterapie creștem doza cu cîteva zile înaintea intervenției și menținem această doză crescută aproximativ 8—10 zile postoperator. Dacă la data actului chirurgical reumaticul nu mai este în curs de tratament, dar în trecutul apropiat a făcut un asemenea tratament, noi ne comportăm astfel :

a) Dacă tratamentul cu derivați cortizonici a fost suspendat cu mai puțin de 6 luni înaintea actului chirurgical, atunci reluăm corticoterapia cu 24 de ore înaintea operației și o menținem 5—6 zile după intervenție. Baza fiziopatologică a acestei măsuri constă în faptul că, după un tratament cortizonic îndelungat, regresiunea inhibiției suprarenale se face adeseori foarte lent și poate dura mai multe luni.

b) Dacă tratamentul cortizonic a fost suspendat cu mai mult de 6 luni înaintea actului chirurgical, se poate presupune că suprarenala și-a reluat funcțiile normale și este capabilă să satisfacă cerințele crescute ale organismului.

În toate situațiile, dar mai ales în această ultimă ipoteză, facem un control biologic atent al bolnavului și căutăm să stabilim, prin probe care explorează funcțional suprarenala (proba Thorn, steroizii urinari), starea glandei. De asemenea, din studiul preoperator al bolnavului, căutăm să apreciem modul de reactivitate la tratament. Bolnavii la care acest *criteriu de reactivitate terapeutică* este pozitiv pot fi operați, fără riscurile unei acutizări sau agravări a evoluției bolii.

Recuperarea, susținută și îndelungată, postoperatorie este absolut necesară și constituie unul dintre factorii care influențează activ evoluția locală și duc la rezultate bune funcționale.

În practica curentă întrebuințăm sinovectomia mai frecvent la nivelul articulației genunchiului, al sinovialei tecilor tendoanelor exten-

Scanned with OKEN Scanner

soare ale mîinii și la nivelul articulațiilor degetelor. Iată cîteva cazuri clinice care atestă necesitatea sinovectomiei :

Bolnava D. E., în vîrstă de 54 de ani (F. O. 2 046/1964), se prezintă la Centrul de reumatologie pentru dureri și tumefacții apărute în articulația genunchiului stîng cu 3 ani în urmă. La examenul obiectiv, pe lîngă semnele amintite, prezintă un edem periarticular, fundurile de sac subcvadricipitale pline ; mobilitate articulară, aproape normală. V.S.H. 41/76 mm ; γ-globuline 12% ; inversarea raportului serine/globuline. Radiologic, fără modificări. Face tratament cu antimalarice de sinteză și butazolidină și, după o perioadă de pregătire, se practică sinovectomia genunchiului stîng. Din protocolul operator citățm : la deschiderea articulației se evacuează o cantitate mare de lichid articular clar, filant ; sinoviala este mult îngroșată, cu mici vilozități care, uneori, sîngerează și cu zone de fibroză.

Examenul microscopic din piesa recoltată precizează leziuni de sinovită subacută cu infiltrat limfoplasmocitar și cu reacție sclerogenă și leziuni inflamatoare în cele trei tunici vasculare (dr. Stănciulescu).

Postoperator, continuă tratamentul medicamentos, iar față de articulația operată procedăm astfel : mobilizare pasivă la 24 de ore de la intervenție, împreună cu contracții izometrice ale cvadricepsului ; la 8 zile începe patina la pat ; la 14 zile, kinetoterapie la sală (bicicletă) ; la o lună începe mersul, iar la două luni este trimisă la băile „Victoria", unde face kinetoterapie subacvală, masaj și cultură fizică medicală, după care revine la control prezentînd următoarea situație : genunchi suplu, nedureros, flexie 100°, mersul foarte bun ; V.S.H. 26/56 mm. Se prescrie, în continuare, tratament medicamentos.

Un alt caz care merită să fie discutat, întrucît exemplifică aportul intervenției în faza de debut, este, în rezumat, următorul :

Bolnavul I. V., în vîrstă de 29 de ani (F. O. 2 024), se internează pentru dureri în articulația metacarpo-carpiană dreaptă și interfalangiană a policelui drept, dureri și tumefacție la nivelul articulației genunchiului drept, fenomene care au apărut de aproximativ 1 an, fiind pasager influențate de diversele tratamente efectuate. La examenul obiectiv găsim : genunchiul drept tumefiat, în special la nivelul fundului de sac subcvadricipital, prezentînd un discret șoc rotulian. Flexia limitată la 40°, extensia completă, mersul dificil, dureros. V.S.H. 3/6 mm ; reacțiile Waaler-Rose = 1/16, latex = negativă. Radiologic, nu sînt modificări osoase.

Se pune diagnosticul de supoziție a unei forme atipice, oligoarticulară, de poliartrită reumatoidă, și, după un tratament preoperator cu antimalarice de sinteză, se intervine, găsindu-se leziuni asemănătoare din punct de vedere histologic cu cele ale cazului descris anterior, care ne fac să practicăm excizia sinovialei.

Tratamentul postoperator, cu mobilizare precoce, duce la o recuperare spectaculară a mobilității și bolnavul părăsește la 45 de zile spitalul cu un genunchi netumefiat și nedureros, putînd face flexia pînă la 110°, și ceea ce este important de reținut, cu fenomenele inflamatoare de la nivelul pumnului și policelui dispărute.

Controlul la 2 luni după externare arată menținerea rezultatului ; prescriem în continuare tratament medicamentos cu antimalarice și săruri de aur.

Scanned with OKEN Scanner

Studiul cazurilor noastre în majoritate asemănătoare cu cele alese pentru exemplificare, ne permite să afirmăm că intervenţia precoce este foarte utilă, previne apariţia leziunilor mai grave, elucidează unele diagnostice incerte şi, uneori, are un răsunet favorabil asupra celorlalte articulaţii. La bolnavii operaţi care au făcut ulterior puseuri, acestea au fost mai rare şi mai atenuate. Cazurile expuse mai exemplifică, practic, şi concepţia noastră de a nu aplica corticoterapie atunci cînd nu sîntem obligaţi de evoluţia bolii, evitînd astfel neplăcerile binecunoscute.

Tratamentul ortopedico-chirurgical în perioada de stare şi în leziunile avansate

Dacă în perioada de debut există încă discuţii asupra oportunităţii tratamentelor ortopedico-chirurgicale, perioada de stare şi deformaţiile date de poliartrita reumatoidă necesită, după părerea majorităţii autorilor, intervenţia ortopediei şi a chirurgiei.

Deformaţiile cele mai frecvente interesează mîna, cotul şi umărul, iar la nivelul membrului pelvian, genunchiul, piciorul şi şoldul.

Deformaţiile membrului toracic. a) *Mîna.* Ştim din studiul arhitecturii şi biomecanicii mîinii că, pentru efectuarea funcţiei principale de prehensiune, mîna dispune de două elemente de bază : unul fix şi altul adaptabil.

Elementul fix se compune din carp, cele cinci metacarpiene şi falangele proximale ale indexului şi mediului, iar elementul mobil, din restul falangelor şi din police. Funcţional, mîna poate fi concepută ca un sistem de arcuri longitudinale şi transversale, care permit opoziţia policelui şi care pot fi deranjate prin modificarea raporturilor anatomice, în cazul unor poziţii vicioase. Carpul este legat de antebraţ prin rîndul proximal, care joacă rol de angrenaj. Carpul distal constituie un arc transversal, cu cheia de boltă la nivelul osului mare. Arcul este întărit de ligamentul inelar al carpului, care uneşte trapezul de osul cu cîrlig. Al II-lea şi al III-lea metacarpian sînt unite de acest arc, formînd elementul fix. Mobilitatea articulaţiei radio-carpiene este asigurată de cel de-al doilea radial, care se inserează pe baza metacarpienelor II şi III şi fixează pumnul în extensie, echilibrînd poziţia mîinii în contra flexorului comun al degetelor. După cum vedem, principalul extensor al pumnului este cel de-al doilea radial, care, prin inserţia sa pe vîrful arcului carpian, îşi formează un braţ de pîrghie mare. În imobilizarea mîinii, aşa cum arată Bunnell, „trebuie făcut totul pentru a împiedica pumnul să se fixeze în flexie". Chiar dacă extensia activă poate fi temporar pierdută, dacă menţinem pumnul în extensie, într-un gips bine mulat, şi facem mişcările de flexie

Scanned with OKEN Scanner

ale degetelor, sinergismul dintre flexorii degetelor şi extensorii pumnului va reface automat funcţia primordială. Elementul mobil permite opozanţa policelui prin rotirea şi adducţia celui de-al II-lea metacarpian şi prin rotirea metacarpianului V. Există relaţii precise între diferitele segmente şi, fără a intra în amănunte, menţionăm doar mobilitatea mare a axului transversal.

Studii diverse, dintre care cele mai importante sînt ale lui Huc, au sistematizat astfel deformările :

— *police :* adducţie şi opoziţie în faţa degetului 2, cu atrofie tenariană şi retracţia musculaturii primului spaţiu interosos. Această dispoziţie permite un minim de mişcări pentru a efectua prehensiunea. Retracţia musculaturii fixează capul primului metacarpian la nivelul punctului de inserţie a adductorului. Pe de altă parte, baza metacarpianului este trasă în afară de lungul adductor, ajungînd uneori la subluxaţii sau luxaţie trapezo-metacarpiană şi realizînd ceea ce Huc denumeşte „artrita trapezo-metacarpiană". Articulaţiile interfalangiene ale policelui sînt de obicei intacte ;

— *celelalte 4 degete* prezintă leziuni pe faţa dorsală în imediata vecinătate a inserţiei tendinoase a extensorului comun care poate fi distrusă, ceea ce explică apariţia poziţiei vicioase în flexie. La nivelul carpo-metacarpienelor, leziunile sînt tot dorsale, fapt pe care Flatt îl explică prin bariera formată de aponevroza palmară. Leziunile interesează şi articulaţiile metacarpo-falangiene, articulaţiile interfalangiene rămînînd intacte. Interosoşii pun falangele în extensie, în timp ce prima falangă rămîne în flexie, ajungîndu-se astfel la poziţia caracteristică în „gît de lebădă". Huc explică deformaţia mîinii în deviaţia cubitală prin acţiunea predominantă a cubitalului anterior şi a flexorului comun. Edvin Smith şi colab. fac studii amănunţite asupra rolului flexorilor digitali în deformarea mîinii reumatice, care poate fi privită fie prin elementul pasiv, provocat de modificarea integrităţii anatomice, fie sub aspectul dinamic, creat de un nou echilibru al musculaturii sinergice. Prin studiul electromiografic se poate dovedi alterarea musculaturii extensoare şi predominanţa flexorilor

Michotte stabileşte patru mişcări de prehensiune :

1. *Mişcarea precisă, pentru prinderea micilor obiecte,* la care participă prima falangă a indexului şi a policelui pe faţa palmară şi necesită opoziţia şi adducţia policelui şi flexia interfalangiană a indexului.

2. *Prehensiunea fermă a micilor obiecte,* care se face între faţa palmară a policelui şi faţa laterală a indexului şi necesită opoziţia şi adducţia policelui şi flexia interfalangiană proximală şi metacarpofalangiană a indexului, prin muşchii interosoşi şi lombricali.

Scanned with OKEN Scanner

3. *Prehensiunea precisă a obiectelor cu coadă,* care necesită imobilizarea cozii între auricular şi inelar, pe de o parte, şi eminenţa tenară, pe de altă parte, precum şi direcţia obiectului între police şi index. Această mişcare se face prin flexia articulaţiilor metacarpo-falangiene şi interfalangiene proximale ale auricularului şi inelarului, prin extensia articulaţiilor metacarpo-falangiene şi interfalangiene proximale ale mediusului şi indexului şi prin opoziţia policelui.

4. *Prehensiunea cu fermitate a obiectelor cu coadă,* prin încercuirea în palmă cu ultimele 4 degete şi opoziţia în abducţie a policelui pe index.

Din aceste mişcări se deduc funcţiile indispensabile mîinii, şi anume : opoziţia policelui, flexia articulaţiilor metacarpo-falangiene şi interfalangiene proximale ale degetelor, extensia articulaţiilor metacarpo-falangiene şi interfalangiene ale indexului şi mediusului şi stabilitatea degetelor şi a articulaţiilor policelui.

Tratament. În acest stadiu se poate încerca refacerea arhitecturii şi funcţiei normale prin atele gipsate, care tind să ajungă la poziţia funcţională descrisă de Kanavel, şi anume : pumnul în flexie dorsală de 60°, mîna în pronaţie, degetele flectate cu diferitele segmente la 60° unul faţă de altul, policele depărtat de pumn în abducţie şi opoziţie cu falanga a doua în uşoară flexie. Pentru reducerile progresive, am întrebuinţat în cadrul centrului nostru atele mai complicate, cu ajutorul cărora am făcut extensia degetelor prin benzi elastice fixate pe falanga distală, asemănătoare cu atela Swain şi Volkmann. Dacă leziunile sînt avansate sau tentativa ortopedică eşuează, vom trece la tratamentul chirurgical. În concordanţă cu leziunile şi mecanismele de producere a deformaţiilor descrise, indicaţiile sînt următoarele :

1. În faza exsudativă, cu tendinţă la deviaţia degetelor, sinovectomie în articulaţiile metacarpo-falangiene şi pe tecile tendoanelor extensorilor, la care, în funcţie de caz, asociem, aşa cum face Marmoor, modificarea direcţiei tendonului extensorului ; în cazul degetelor în resort, se face incizia tecii.

2. Rezecţia trapezului şi desfiinţarea artritei trapezo-metacarpiene Huc, care restabileşte posibilitatea de opoziţie a policelui.

3. Operaţia Litller, care constă în rezecţia triunghiului distal al interosoşilor.

4. În cazurile mai grave, cu instabilitate a degetelor, artrodeză la acest nivel în poziţie funcţională, sau în cazurile cu distrucţii importante, proteză Brannon.

5. Rezecţia articulaţiei radio-carpiene, pentru deformaţia în flexie a pumnului.

6. Rezecţia capului radial (Smith-Petersen, Aufranc şi Larson), pentru mîna în supinaţie.

Scanned with OKEN Scanner

7. Rezecția de aliniere a metacarpienelor.

8. Magnus Backdhal descrie, sub numele de *„sindromul caput ulnae"*, deformația complexă produsă de poliartrita reumatoidă la nivelul articulației radio-cubitale și la pumn. Autorul practică rezecția cubitusului, la care adaugă sinovectomia la nivelul tendoanelor extensorului și refacerea tendoanelor extensorilor, fie prin sutură fie prin transplant de tendon, fie prin transferul unui alt mușchi.

Toate aceste intervenții, după o scurtă imobilizare, vor fi urmate de recuperare intensă și îndelungată.

b) *Cotul.* Deformația obișnuită interesează atît flexia, cît și extensia și, de cele mai multe ori, pronația și supinația. Prevenirea ei se face punînd articulația în repaus în perioada de puseu, în poziția funcțională cu cotul în flexie puțin peste 90° (Codman).

În ceea ce privește pronația și supinația, va trebui să ținem cont de deformațiile eventuale ale mîinii, pentru ca funcția membrului superior în totalitate să fie păstrată.

În formele exsudative trenante, se poate indica sinovectomia (Papineau), iar în formele cu redori strînse, rezecția artroplastică. În cadrul Centrului de reumatologie practicăm rezecții artroplastice cu interpoziție de piele, obținînd rezultate bune (fig. 61 și 62). La bolnavii care merg în cîrje, trebuie avut în vedere sprijinul pe care-l fac prin membrul superior care trebuie să aibă destulă forță, atunci cînd stabilim indicația de rezecție artroplastică acută. Herbert și Paillot consideră bilateralitatea și redoarea în extensie ca indicații absolute pentru rezecție artroplastică.

În cazurile avansate, cu leziuni ale musculaturii periarticulare, este indicată artrodeza în poziție funcțională.

c) *Umărul.* De obicei se instalează limitarea abducției și a rotației externe, cu atrofia rapidă a deltoidului.

Tratamentul constă în menținerea articulației în abducție și rotație externă, fie prin aparate gipsate făcute amovibile, fie prin diferite aparate ca cel preconizat de Pouliquen sau Codman.

Chirurgical, putem face operația Smith-Petersen, acromioplastie sau rezecția celei de-a doua articulații a umărului. În cazurile avansate sînt indicate rezecția extremității proximale a humerusului sau artrodeza.

În deformațiile complexe interesînd cotul și articulația radio-cubitală distală, am practicat rezecția artroplastică a cotului și rezecția cubitusului, asemănătoare operației Sauvé-Kapandji (fig. 63). În aceste deformații complexe, vom ține cont de funcția membrului superior în totalitate, și nu de diversele articulații luate în parte.

Scanned with OKEN Scanner

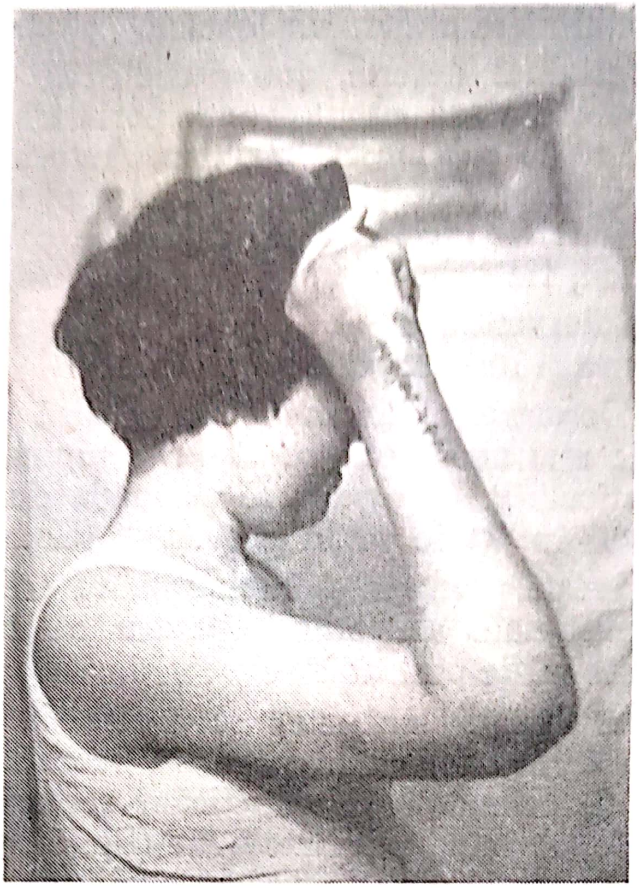

Fig. 61, 62. — Poliartrită reumatoidă (rezecție artroplastică de cot și rezecția extremității distale a cubitusului cu recuperarea mișcărilor de flexie-extensie și pronație-supinație).

Scanned with OKEN Scanner

Deformaţiile membrului pelvian. Articulaţiile cele mai frecvent interesate sînt genunchiul, şoldul şi piciorul, iar leziunile au drept consecinţă suprimarea sau limitarea funcţiei de sprijin şi a mersului.

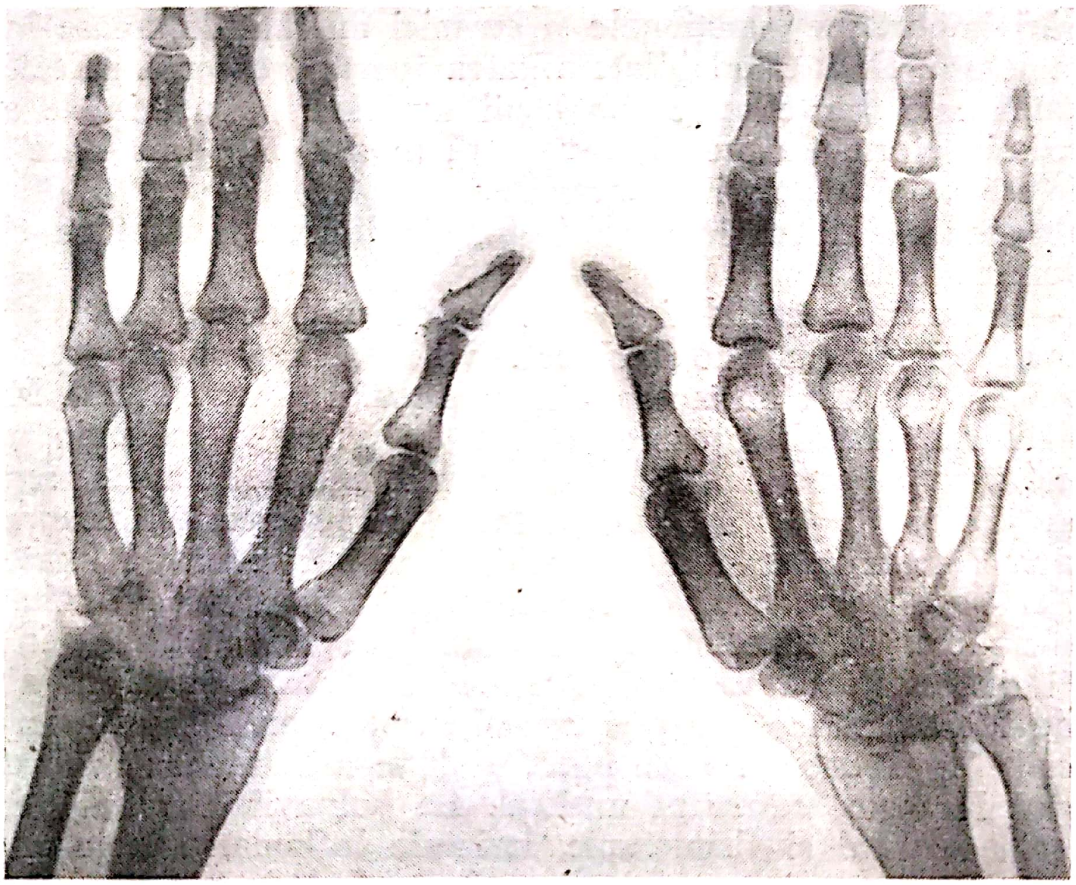

Fig. 63. — Poliatrită reumatoidă cu carpită bilaterală, cu indicaţie chirurgicală (rezecţie carpiană şi a radiusului).

a) *Genunchiul.* Articulaţia genunchiului este foarte frecvent interesată în decursul poliartritei reumatoide, în perioada de stare semnalîndu-se o limitare a mobilităţii, cu tulburări ale mersului, iar în perioada avansată, deformaţii care duc la infirmităţi grave. Prin mecanismele fiziopatologice amintite, genunchiul prezintă următoarele deformaţii :

— tumefacţie cu hidartroză şi impotenţă funcţională, dar cu păstrarea mobilităţii şi cu o poziţie funcţională ;

— redoare în flexie, cu păstrarea unui oarecare grad de mişcări, cu repercusiuni asupra mersului şi asupra sprijinului ;

— redoare în extensie, cu modificarea mersului şi cu tulburări mai mici ale funcţiei de sprijin ;

— redoare strînsă în flexie, cu urmări grave asupra funcţiei. Această deformaţie afectează atît sprijinul, cît şi mersul, ducînd în cazurile bilaterale, la infirmităţi foarte grave, bolnavul fiind în impo-

Scanned with OKEN Scanner

sibilitatea de a se deplasa şi devenind un dependent social. De obicei, dat fiind caracterul leziunilor osteoarticulare, poliartrita reumatoidă nu ajunge la anchiloze osoase, ci realizează o deformaţie invalidantă, cu genunchii în flexie şi subluxaţia posterioară a tibiei pe femur, cu tulburări importante funcţionale şi cu mici mişcări dureroase în articulaţia lezată. Dată fiind bilateralitatea foarte frecventă a leziunilor, gravitatea este foarte mare. La copii sau tineri, consecinţele asupra creşterii şi deformaţia osoasă, secundară raporturilor patologice dintre piesele osoase, sînt factori de agravare.

Ortopedia şi chirurgia oferă, în funcţie de situaţia anatomo-clinică, următoarele posibilităţi :

— În formele exsudative cronice, cu puseuri repetate, abordul articulaţiei şi ablaţia sinovialei bolnave rezolvă problema revărsatului cronic şi înlătură consecinţele asupra osului şi cartilajului. Majoritatea autorilor consideră sinovectomia ca avînd o indicaţie majoră în această fază, practicînd-o fie în formele incerte, pentru precizarea diagnosticului, fie ca tratament în focar, cu repercusiuni asupra bolii generale. Autorii americani o consideră ca o intervenţie foarte precoce. În cadrul Centrului de reumatologie am practicat-o din 1963, comunicînd primele rezultate şi socotind că este indicată în două situaţii distincte : *sinovectomia precoce*, în fazele de debut a bolii, care de foarte multe ori are şi un rol în precizarea diagnosticului, şi *sinovectomia de necesitate*, în plină evoluţie a bolii, dar după calmarea puseului prin tratament medical. La bolnavii la care, după un tratament medical şi fizioterapic, leziunile inflamatoare nu cedează, intervenim în articulaţia mai inflamată excizînd sinoviala.

Citäm următorul caz:

Bolnava B. E. (F. O. 1 129/1965), în vîrstă de 19 ani, se internează pentru o poliartrită reumatoidă, stadiul II—III, debutată în 1962, prezentînd la internare hidartroză la nivelul ambilor genunchi cu tumefacţie şi impotenţă funcţională, cu oarecare limitare a mobilităţii ; mersul dificil. Leziuni inflamatoare la nivelul articulaţiilor mîinilor, bilateral, şi al articulaţiilor tibiotarsiene. V.S.H. 121/128 mm ; reacţiile latex : 1/640, Waaler-Rose = 1/2 048. Radiologic, la nivelul genunchilor, se remarcă îngustarea spaţiului articular şi osteoporoză. După tratament cu antimalarice de sinteză şi hormoni corticoizi, se practică la nivelul genunchiului stîng, sub anestezie intraosoasă, sinovectomie subtotală. Evoluţia postoperatorie, normală. Se creşte doza de corticoizi pre- şi postoperator 4—5 zile, după care se scade. Se încep mişcările pasive la 24 de ore ; patină la pat la 8 zile şi bicicletă la 14 zile. Genunchiul se menţine netumefiat, nedureros, cu mobilitate bună la sfîrşitul acestui tratament, şi bolnava se externează după 47 de zile, urmînd să continue acasă tratamentul antireumatic şi să revină pentru operaţie la genunchiul drept.

— În formele cu redoare în flexie, dar cu păstrarea unui oarecare grad de mişcări, cum este cazul pe care-l vom descrie în continuare, trebuie rezolvată mai întîi poziţia vicioasă incipientă. De foarte

Scanned with OKEN Scanner

multe ori, prin mijloace ortopedice, se poate reduce poziţia de flexie şi în cadrul centrului nostru aplicăm, sub anestezie, aparate gipsate pe care le menţinem cîteva zile. Dacă flexia este mică, pînă la 30°, se poate corija deformaţia într-o singură tentativă. Dacă flexia este mai mare sau dacă deformaţia este completă, cuprinzînd şi un grad de subluxaţie a tibiei, corijarea ortopedică se face în etape succesive, pentru a nu ne expune unor accidente, menţionate şi de Herbert, ca : ruptura arterei poplitee, parestezia nervului sciatic sau fracturi ale femurului sau tibiei. Dacă tentativa ortopedică nu reuşeşte, recurgem la mijloace chirurgicale indicînd capsulotomia posterioară după tehnica lui Herbert-Wilson.

După o evoluţie de 4 ani, bolnavul R. M. (F. O. 2 311/1964), în vîrstă de 33 de ani, prezintă o artrită a genunchiului stîng în cadrul unui tablou clinic de poliartrită reumatoidă, care interesează şi articulaţiile radio-carpiene şi coatele. V.S.H. 63/100 mm ; reacţiile latex = 1/40, Waaler-Rose = 1/32. Genunchiul prezintă o limitare a mobilităţii, care permite flexia, dar limitează extensia la 30°, în urma căreia mersul este dificil, şchiopătat, cu bazinul basculat şi cu scolioză. După pregătire preoperatorie, am practicat capsulotomia posterioară după tehnica Herbert, cu mobilizare foarte precoce, şi bolnavul pleacă din Secţia de ortopedie cu genunchiul în extensie completă şi cu mersul mult îmbunătăţit. Va face desigur, în continuare, tratamentul antireumatic pentru poliartrita pe care o prezintă.

Autorii japonezi Masuta-Mori şi colab. comunică rezultatele pe 50 de cazuri de capsulotomie executată pe cale anterioară. De altfel, această tehnică este indicată şi de Herbert în situaţiile în care sinostoza patelo-femurală se opune reducerii flexiei.

— Situaţia genunchilor în extensie o putem considera mai avantajoasă din punct de vedere funcţional, întrucît mersul se poate face în condiţii mai bune, iar sprijinul este posibil şi deci putem aştepta stabilizarea bolii, după care vom interveni cu intenţia de a restaura mobilitatea. La bolnavii la care fenomenele generale şi locale — clinice şi biologice — arată o stabilizare a bolii se poate încerca artroplastia genunchiului, folosind una din diversele tehnici, a căror descriere ar depăşi cadrul lucrării noastre.

— Din observaţiile noastre vrem să scoatem în evidenţă faptul că, de multe ori, simpla degajare a rotulei permite flexia genunchiului. Noi considerăm că indicaţia artroplastiei, în cadrul poliatritei reumatoide cu leziuni ale genunchiului, trebuie foarte bine cîntărită, deoarece o mobilitate mai mică, obţinută printr-o intervenţie mai uşoară, cum este interpoziţia patelo-femurală, este de preferat unei mobilităţi mai mari, obţinută prin artroplastie, dar care ne expune şi unor riscuri mai serioase. Artroplastia genunchiului în poliartrita reumatoidă este desigur utilă şi recomandată de foarte mulţi chirurgi dar, dacă fără riscurile amintite obţinem un rezultat bun, atunci cînd

Scanned with OKEN Scanner

leziunile pieselor articulare femurale și tibiale nu sînt prea avansate, nu este oare preferabil să înlăturăm obstacolul mecanic al sinostozei rotuliene fără o agresiune mare asupra articulației și apoi să apelăm la mijloacele nesîngerînde de recuperare? Credem că răspunsul este afirmativ, iar bolnavul beneficiază de pe urma acestei atitudini, care, în caz de eșec sau de reanchilozare printr-un nou sistem, nu exclude executarea ulterioară a unei artroplastii.

— Cazurile avansate cu deformații în flexie și subluxație posterioară sînt cazuri net chirurgicale, bineînțeles atunci cînd nu există o contraindicație legată de starea generală. În această situație încercăm corijarea deformației prin osteotomii (supracondiliană, tripla osteotomie Rădulescu, osteotomie Judét) sau prin rezecția artrodeză. În cele ce urmează prezentăm un caz edificator :

La Centrul de reumatologie se internează, în 1962, bolnavul M. M. (F. O. 979/1965), în vîrstă de 19 ani, cu diagnosticul de poliartrită reumatoidă, avînd genunchii fixați în flexie și subluxație posterioară și *fiind în imposibilitate completă de a merge.* Se începe tratamentul medicamentos și, după cîteva luni, se practică o capsulotomie posterioară a genunchiului stîng, urmată de extensie transscheletică, pentru reducerea progresivă a poziției vicioase. Se continuă tratamentul general și, după vindecarea plăgii, bolnavul este externat. În 1963 este din nou internat pentru tratament medical și kinetoterapie, iar un an mai tîrziu se reinternează și, după o pregătire preoperatorie, se practică rezecția artrodeză a genunchiului stîng. Postoperator este imobilizat în aparatul gipsat, iar după 2 luni începe să se sprijine pe membrul inferior operat și să permită mersul cu cîrji. În continuare, se va face corijarea deformației de la nivelul piciorului drept, încercîndu-se o artroplastie. În acest mod se poate rezolva favorabil o infirmitate gravă (fig. 64 și 65).

b) *P i c i o r u l.* Deformațiile piciorului sînt aproape tot atît de frecvente ca și cele ale genunchiului, în cadrul poliartritei reumatoide.

Știm din studiile biomecanice că piciorul realizează un sistem de sprijin pe trei puncte unite între ele prin arcul intern, arcul extern și prin cel transversal, a căror cheie de boltă este cuboidul. Punctele de sprijin sînt : două anterioare — capul primului metatarsian și capul metatarsianului V — și unul posterior — tuberozitatea plantară a calcaneului. Studiind arhitectura piciorului, Destot arată importanța cuboidului ca os-cheie în menținerea bolților anatomice. Leziunile inflamatoare în cadrul poliartritei reumatoide care interesează articulațiile acestui os cu celelalte oase tarsiene pot produce deformații secundare. O altă deformație foarte frecventă este *halux-valgus* simplu sau de cele mai multe ori asociat cu deformația celorlalte degete. Într-un stadiu mai avansat, cînd bolta longitudinală se prăbușește, piciorul devine plat, de obicei contractat în fazele inflamatoare și parțial reductibil între puseuri. Cînd se produce și prăbușirea bolții anterioare, sprijinul anatomic este complet modificat și apare defor-

Scanned with OKEN Scanner

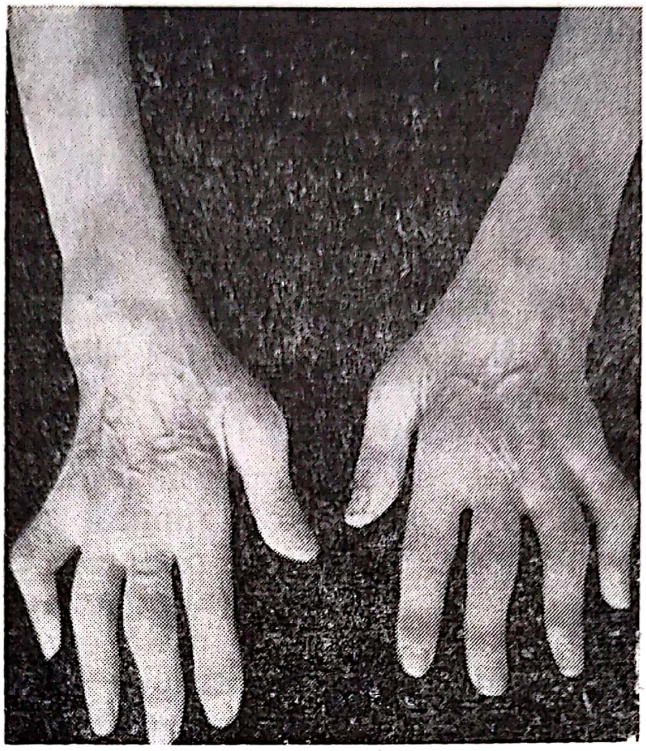

Fig. 64. — Poliartrită reumatoidă cu deformații incipiente și deficit funcțional, prezentînd indicație chirurgicală în vederea corijării deformațiilor (artrotomii în meta-carpo-falangiene și interfalangiene și sinovectomii).

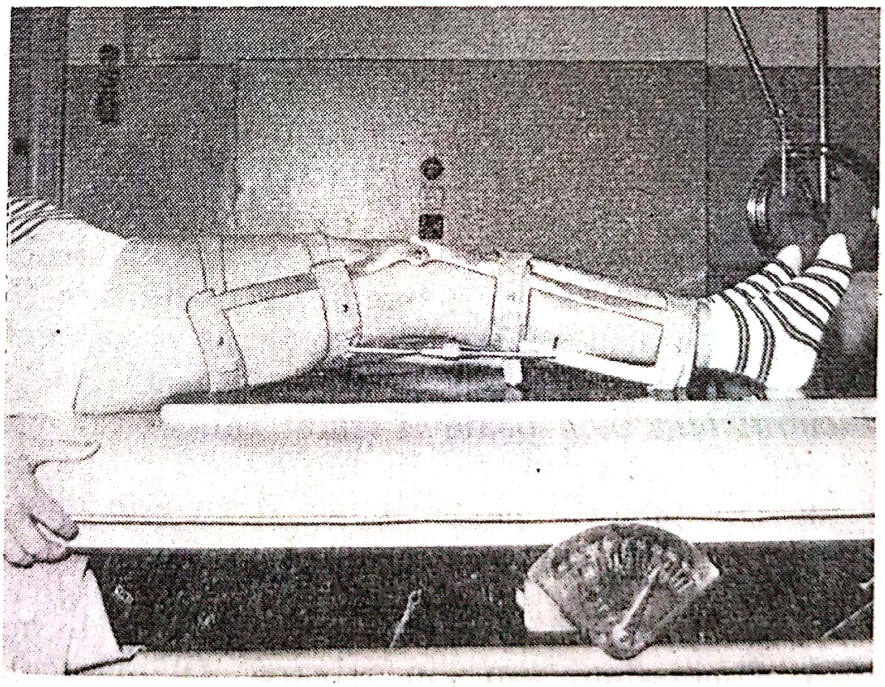

Fig. 65. — Atelă cu unghi reglabil, pentru corijarea progresivă a pozițiilor vicioase ale genunchilor.

Scanned with OKEN Scanner

maţia caracteristică reumaticilor, pe care Michotte o denumeşte „piciorul rotund reumatic". Sprijinul se face pe metatarsienele II şi III şi pe calcaneu, transformîndu-se astfel triunghiul normal de sustentaţie într-o linie oarecum mediană, care jeneză mersul şi comprimă vasele şi nervii plantari. Din acest motiv, bolnavii evită sprijinul pe toată planta, avînd tendinţa să meargă pe călcîie şi menţinînd în contracţie aparatul extensor dorsal. Se măreşte prin acest mecanism înfundarea arcului transversal şi se aduc degetele în hiperextensia primei falange. Contractura flexorului şi leziunile inflamatoare produc, pe de altă parte, o flexie a falangei distale şi astfel ia naştere deformaţia „în ciocan", caracteristică piciorului reumatic.

Tratamentul cuprinde diverse măsuri profilactice ca : susţinătoare plantare, încălţăminte ortopedică, gimnastică medicală, evitarea mersului şi a eforturilor prin ortostatism prelungit în perioadele inflamatoare. În fazele de debut al deformaţiei se va încerca corijarea ei prin : bandaje (Hybinett), aparate gipsate corectoare sau încălţăminte ortopedică. Deformaţiile deja constituite se pot corija prin tratament ortopedico-chirurgical. *Halux-valgus*-ul beneficiază de tratament operator, rămînînd la latitudinea chirurgului alegerea procedeului cel mai indicat. Baciu şi colab., pe un studiu făcut pe un număr mare de cazuri, analizează fiecare procedeu şi indicaţiile lui, în funcţie de particularităţile deformării. În cadrul Centrului de reumatologie am întrebuinţat diverse tehnici, dar rezultatele cele mai bune le-am obţinut după rezecţia artroplastică a extremităţii distale metatarsiene cu interpoziţii. *Degetele „în ciocan"* au, de asemenea, indicaţie chirurgicală, putînd fi corijate prin rezecţie completată cu alungirea tendoanelor flexorilor. *În piciorul plat anterior* au fost propuse mai multe metode : 1) rezecţia capetelor metatarsienelor (Wallet şi Blondin Walter) sau rezecţia parţială orizontală a suprafeţei plantare a capului metatarsianului (Elvenny) ; 2) osteotomia gîtului metatarsienelor (Gocht) ; 3) osteotomia posterioară a metatarsienelor (Mau) ; 4) încercuirea metatarsienelor cu o bandă de *fascia lata* (Hochmann), cu o porţiune din plantarul subţire (Barraya) sau cu o bandă ligamentară introdusă pe metatarsianul I şi V şi pe sub celelalte degete (Lelièvre). *Piciorul plat valg* poate fi tratat chirurgical dacă măsurile conservatoare nu au dat rezultate. În funcţie de forma anatomo-clinică, se pot face fie operaţii pe părţi moi, cum este operaţia Young (alungirea tendonului ahilian şi transplantarea inserţiei gambierului anterior), fie operaţii pe schelet, cum sînt operaţiile Miller (artrodeza în articulaţiile scafo-cuneiană şi cuneo-metatarsiană), Hoche sau artrodeza bicefalică (Ombredan) sau „în frigare" (Rădulescu). Leziunile complexe şi foarte dureroase ne obligă să suprimăm mobilitatea fie printr-un aparat sau încălţăminte ortopedică, fie chirurgical.

Scanned with OKEN Scanner

c) *Soldul.* Leziunile articulaţiilor coxo-femurale sînt mai rare în poliartrita reumatoidă şi apar mai tardiv. Prin mijloace clinice şi radiologice trebuie să depistăm, cu atenţie, aceste deformaţii, întrucît ele pot fi mascate prin compensare lombară. De obicei, găsim o limitare dureroasă a mobilităţii, articulaţia fiind plasată în flexie şi adducţie. Ca şi în cazul celorlalte articulaţii se va face profilaxia atitudinii vicioase încă din faza de debut prin mijloace ortopedice şi prin cultură fizică medicală. Cu ajutorul aparatelor gipsate amovibile sau cu ajutorul atelelor, cum propune Swain, se va încerca reducerea deformaţiei, iar în caz de eşec vom trece la metode mai energice, cum este tracţiunea continuă transscheletică sau chiar la intervenţie chirurgicală.

Întrucît leziunile articulare în poliartrita reumatoidă interesează de obicei simetric mai multe articulaţii, ne întîlnim foarte frecvent în practica medicală cu deformaţii complexe la nivelul membrului pelvian, care concură, ducînd la reducerea sau suprimarea celor două funcţii principale. După cum reiese din studiile leziunilor articulare putem sistematiza două tipuri mari lezionale : a) suprimarea sau limitarea mobilităţii, cu păstrarea funcţiei de sprijin şi b) suprimarea sau limitarea mobilităţii într-o poziţie care afectează, în afara funcţiei de mers, şi pe aceea de sprijin. Cînd bolnavul se află în prima situaţie, putem aştepta stabilizarea bolii, după care vom încerca restaurarea mobilităţii fie prin mijloace kinetoterapice, fie prin mobilizări sub narcoză ; această aşteptare nu trebuie însă să fie pasivă deoarece se poate complica situaţia prin apariţia de noi deformaţii şi deci vor trebui luate toate măsurile de profilaxie pe care le-am descris. În cea de-a doua situaţie, gradul de invaliditate este foarte mare şi va trebui ca prin toate mijloacele ortopedice şi chirurgicale să ajungem la un sprijin acceptabil şi la crearea unei posibilităţi de avansare.

2. SPONDILITA ANCHILOPOIETICĂ

Putem împărţi tratamentul ortopedico-chirurgical după cele două faze descrise de Françon — preanchilozantă şi anchilozantă.

Faza preanchilozantă poate dura ani de zile şi trebuie considerată ca perioada cea mai propice pentru aplicarea tuturor măsurilor ortopedice, care sînt, aşa cum spune Herbert, „elementul esenţial terapeutic, alături de cel medical". În această fază, după un diagnostic precoce care să surprindă leziunea sacro-iliacă iniţială, trebuie declanşată aplicarea energică a tuturor mijloacelor medicale sau ortopedice, dar în special ortopedice, pentru ca evoluţia ulterioară a bolii, dificil de oprit, să nu ducă la deformări grave invalidante. În această fază de debut dispunem de toate mijloacele de mobilizare controlată medi-

Scanned with OKEN Scanner

cal oferite de gimnastica medicală şi de gimnastica respiratorie, de aportul diverselor postúri corective descrise, precum şi de o mobilizare controlată în cadrul unei activităţi profesionale a bolnavului. Este faza în care vom recomanda repausul pe pat tare, fără pernă, gimnastica zilnică, executată cu conştiinciozitate şi tenacitate şi uneori în funcţie de starea generală, chiar uşoară activitate sportivă. Este faza în care arătînd, pe de o parte, bolnavului gravitatea bolii care începe, trebuie, pe de altă parte, să-i întărim psihicul, să-i creăm o încredere în el şi să-i cîştigăm încrederea, pentru a ne asigura condiţiile unui tratament banal în aparenţă, dar pînă în prezent singurul în măsură să modifice evoluţia spre infirmitate. Care sînt urmările favorabile, atunci cînd se întrunesc asemenea condiţii, ne demonstrează cazul următor.

Bolnavul F. I. (F. O. 552/1965), în vîrstă de 37 de ani, se internează la Centrul de reumatologie, prezentînd o S.A., cu prinderea avansată a articulaţiilor sacro-iliace, care evoluează de aproximativ 15 ani, timp în care bolnavul, diagnosticat precoce, a făcut, pe lîngă tratamentul medical şi balneoterapic, tratament intens recuperator. În perioadele dintre puseuri bolnavul a făcut chiar uşor sport. În acest mod, deşi leziunile sacro-iliace şi ale coloanei vertebrale apar radiologic avansate, bolnavul prezintă o poziţie corectă, un grad de mobilitate în segmentul superior vertebral, şoldurile libere, situaţie care permite o activitate profesională şi o viaţă aproape normală. Cazul demonstrează aportul deosebit al culturii fizice medicale (C.F.M.), în această fază.

În afara mijloacelor ortopedice, unii autori au încercat în această fază o serie de intervenţii pe care le citãm : Michotte a practicat denervarea sinusului carotidian ; Leriche şi Mallet-Guy au făcut paratiroidectomii în formele cu hipercalcemie ; R. Simon recomandă spinectomia şi forajele articulaţiei sacroiliace. Rezultatele au fost uneori bune, dar de foarte multe ori nule sau fără efect durabil.

În faza anchilozantă, deformaţiile cele mai frecvente se produc la nivelul coloanei vertebrale, articulaţiilor coxo-femurale şi la nivelul umărului. La nivelul coloanei întîlnim cifoza, care trebuie depistată încă de la debutul ei, printr-un examen atent al bolnavului, întrebuinţînd fie metoda lui Forestier—Centonciny (bolnavul aşezat cu spatele la perete, cu tragusul la acelaşi nivel cu fanta palpebrală ; se măsoară distanţa occiput-perete), fie o altă metodă prin care, cu ajutorul examenelor repetate, se poate depista deformaţia de la început şi interveni prin măsuri ortopedice cum sînt : patul tare, patul gipsat sau chiar corsetul. În general, se consideră că imobilizarea este neindicată în spondilita anchilopoietică, dar unii autori cum este Herbert, o recomandă în fazele dureroase apreciind că prin ea se scad durerile şi contractura, împreună cu micile traumatisme şi tensiuni ligamentare, întîrziind osificările. Cînd apare deformaţia, ea poate

Scanned with OKEN Scanner

fi corectată prin posturile amintite sau, dacă este mai mare de 8—10 cm (după Forestier), trebuie să recurgem la redresare ortopedică. Aceasta se face prin culcarea bolnavului pe un plan tare, punînd sub pat saci de nisip sau bucăţi de lemn groase de 1—1½ cm, pînă se umple golul dintre occiput şi orizontală. Vom avea grijă ca bărbia să fie apropiată de manubriu. După cîteva minute petrecute în această poziţie, contractura scade şi putem scoate una din bucăţi, după care aşteptăm din nou cîteva minute. Recomandăm administrarea decontracturantelor în tratament zilnic, pe toată perioada în care se face corijarea, şi un analgezic, înaintea şedinţei. În cazurile cu cifoză mai mare, decubitul pe pat tare cu saltea, timp de 12—20 de zile, pare să dea rezultate dacă se asociază cu perioade de redresare în decubit dorsal, direct pe planul dur, cu saci de nisip pe genunchi, torace şi frunte, timp de 1—1½ ore. În momentul în care după 12—20 de zile s-a obţinut un grad de redresare, se pune un corset gipsat cu sprijin pe crestele iliace şi pe stern (Swaim). Corsetul, în partea posterioară, nu depăşeşte vertebra T_{12} pentru a permite expansiunea toracică respiratorie. Acest corset trebuie continuat printr-unul ortopedic, al cărui mulaj se va face înaintea aplicării corsetului gipsat.

Cifozele fixate, nereductibile, beneficiază în urma osteotomiei rahidiene de corectare după tehnica Smith-Petersen, Herbert sau Delitala. Operaţia este însă destul de dificilă şi comportă suficiente riscuri.

Deformaţiile articulaţiei coxo-femurale, se traduc, de obicei, printr-o redoare strînsă sau printr-o anchiloză în flexie şi adducţie. Este necesară o bună radiografie prin care să stabilim dacă există anchiloză sau redoare. Tot prin această radiografie vom aprecia calitatea osului, gradul de osteoporoză, în funcţie de care ne vom doza presiunea asupra osului. În cazurile cu redoare se poate încerca reducerea sub anestezie, urmată de o scurtă imobilizare. În cazurile cu anchiloză tratamentul chirurgical, urmat de o recuperare îndelungată, este indicat în special în leziunile bilaterale (fig. 66).

Cazul pe care îl prezentăm demonstrează cele afirmate anterior.

Bolnavul C. A. (F. O. 404/1961) se internează la Centrul de reumatologie prezentînd o spondilită anchilopoietică cu debut în 1956, cu redoare strînsă la nivelul şoldului stîng şi anchiloză în dreapta în flexie. După 1 an de kinetoterapie se recuperează şoldul stîng şi se intervine chirurgical în partea dreaptă — anchilozată —, practicîndu-se o artroplastie prin interpoziţie de nylon. La 3 ani de la intervenţie, mobilitatea şoldului se poate exprima astfel : în dreapta (anchiloză operată) — flexie de 50°, extensie 5°, abducţie 25°, rotaţie externă 5° ; şoldul stîng (redoare recuperată ortopedic) — flexie 80°, extensie 10°, abducţie 15°, rotaţie 5°. Bolnavul urcă scara, parcurge 2—3 km fără dureri şi a reintrat în cîmpul muncii.

Leziunile mai complexe ale membrului inferior, cu interesarea şoldului şi a genunchiului bilateral, aduc în faţa noastră bolnavi cu

Scanned with OKEN Scanner

infirmităţi mari, care nu pot merge de loc sau merg foarte greu, prin pendulare pe cîrji. Rezolvarea parţială a invalidităţii se poate face numai printr-un tratament de lungă durată, în etape, impunîndu-se

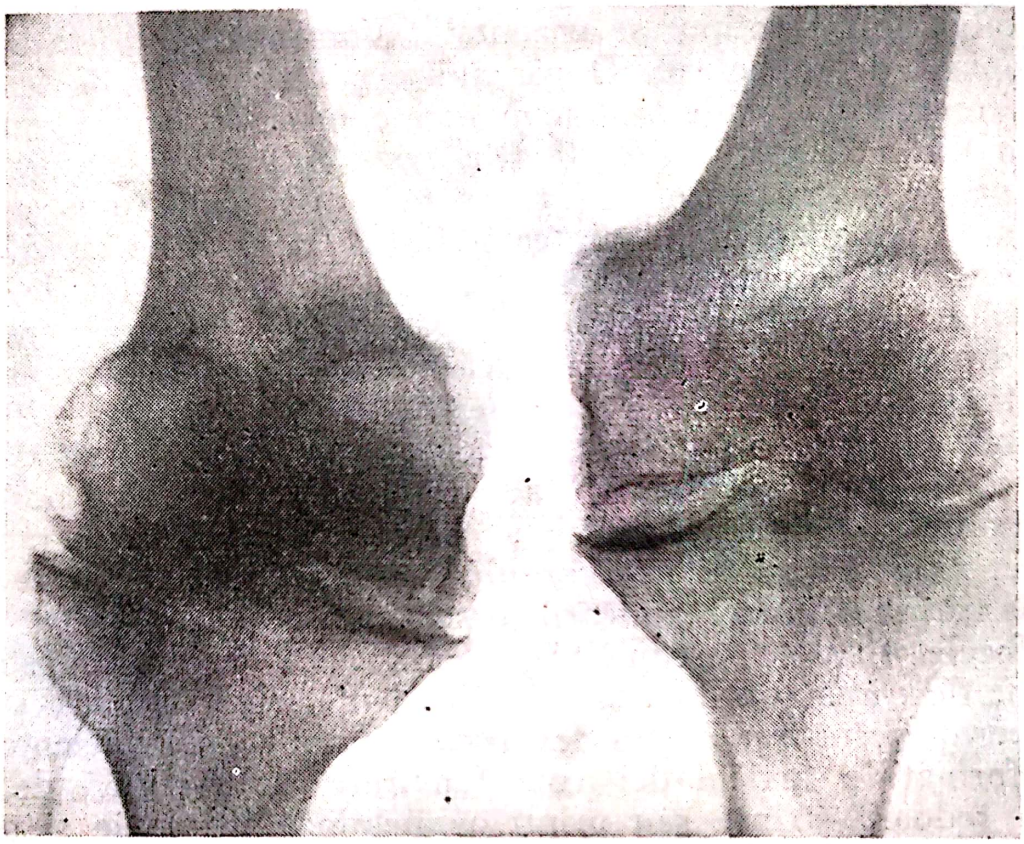

Fig. 66. — Poliartrită reumatoidă cu evoluţie de aspect artrozic, cu indicaţie chirurgicală în vederea recuperării mobilităţii genunchilor

în acest sens atît lămurirea bolnavilor, care sînt deseori revendicativi, cît şi a familiei lor. Am căutat în primul rînd ca, prin reduceri sub anestezie, imobilizări provizorii în aparate gipsate sau la nevoie operator, să obţinem un sprijin cît mai corect la nivelul labei piciorului, corijînd deformaţiile în valg sau ecvin. După această etapă care a corespuns şi unui tratament energic general (butazolidină, kinetoterapie, fizioterapie), am trecut la corijarea genunchiului, alegînd pe cel opus şoldului, asupra căruia intenţionăm să intervenim chirurgical ulterior, şi am căutat să corijăm flexia fie ortopedic, prin reduceri sub narcoză şi gipsuri progresive, fie chirurgical, prin capsulotomie posterioară sau osteotomii. Într-o a treia etapă am practicat artroplastia şoldului anchilozat. Dacă şi celălalt şold este fixat în poziţie vicioasă sau dacă şi celălalt genunchi este deformat, trebuie corijat în etape ulterioare.

Scanned with OKEN Scanner

La nivelul umărului se pot aplica, de asemenea, măsurile ortopedice sau chirurgicale eficiente, pentru a obține o poziție funcțională.

Formele periferice de spondilită anchilopoietică merită o atenție deosebită, deoarece îngreuiază diagnosticul ; în aceste forme, tratamentul ortopedic, aplicat precoce, preîntîmpină evoluția infirmizantă. Noi preconizăm ca în leziunile coxo-femurale, cu alterări ale echipamentului muscular periarticular și cu redoare prin contractură, să intervenim chirurgical practicînd o degajare a articulației prin rezecție capsulară și tenomiotomii. În cazurile operate am găsit o capsulită scleroasă asemănătoare cu cea descrisă de Caroit și am reușit să obținem o îmbunătățire a situației articulare.

3. ARTROZELE

Puține capitole din terapeutică sînt atît de bogate în tehnici și procedee, unele actuale, altele abandonate, toate încercînd să rezolve problema spinoasă a reumatismului degenerativ. Această varietate se explică atît prin multitudinea factorilor patogeni care determină artroza, cît și prin diversitatea teoriilor etiopatogenice, la care se adaugă caracteristicile individuale ale fiecărui caz în parte. În tratamentul artrozelor se pare că afirmația lui Coste și Laurent este mai veridică ca oricînd, deoarece „orice terapie care nu ține cont de forma și tendințele evolutive ale fiecărui caz în parte este iluzorie" și poate așa se explică rezultatele diferite obținute prin același procedeu de autori diferiți care fac să apară „mode" terapeutice (Judét). Oricare teorie etiopatogenică mi s-ar părea mai aproape de adevăr, putem sistematiza pentru activitatea noastră practică două categorii de cazuri care corespund, pe plan terapeutic, unor atitudini diferite : artroze primitive sau esențiale sau artroze secundare.

Herbert definește artroza ca o stare de alterare fiziologică, la o anumită vîrstă, și patologică, cînd din diverse cauze apare mai devreme. Apariția precoce a leziunilor poate fi provocată de mai multe cauze, dintre care citățm : cauze circulatoare (bine studiate de Trueta), cauze metabolice, cauze endocrine, cauze traumatice, cauze inflamatoare, cele mai evidente fiind însă cauzele distrofice. Această enumerare am făcut-o cu intenția de a ne introduce, logic, în capitolul descrierii diverselor mijloace ortopedice sau chirurgicale, care au fost sugerate autorilor lor de predominanța uneia dintre cauze. Manifestarea clinică se exprimă prin : 1) sindromul dureros ; 2) sindromul de redoare ; 3) sindromul de tulburare a funcției [prehensiunea pentru membrul superior, împreună cu diversele gesturi ale vieții curente (spălat, pieptănat, mîncat) și sprijinul și mersul pentru membrul inferior].

Scanned with OKEN Scanner

Alături de Hackenbroch, credem că inițial există o stare preartrozică care, din punct de vedere terapeutic, este un moment util în care trebuie să intervenim. Întrucît amănuntele asupra diverselor tehnici sau procedee depășesc cadrul lucrării noastre, vom trece doar în revistă, eșalonate pe articulații diferitele indicații.

Șoldul

Coxartroza este una dintre cele mai frecvente localizări, dezvoltîndu-se aproape în 50% din cazuri pe o malformație existentă. Atunci cînd această malformație este evidentă, corijarea ei cît mai precoce se impune, tehnicile și metodele ținînd de cadrul ortopediei pure. Sub auspiciile unei medicine care supraveghează permanent colectivitatea, trebuie depistați precoce bolnavii și îndrumați corect, rămînînd ca în fața reumatologului să ajungă acele cazuri la care boala apare fără o malformație evidentă.

Tratamentul profilactic ne obligă — atît pe medici, cît și pe cei care supraveghează copii sau școlari — să cunoaștem diversele malformații ca : distrofia luxantă de șold, scolioza, cifoza, piciorul plat, *coxa vara* sau *coxa valga,* inegalitățile membrului inferior etc. și să îndrumăm pe purtătorii acestor invalidități către un tratament corect, ortopedic sau chirurgical, înaintea apariției leziunilor artrozice.

Tratamentul curativ, cînd artroza este declarată, cuprinde următoarele mijloace :

1. *Ortopedice:* bolnavul consultă de obicei pentru durere și limitarea mișcărilor ; această situație clinică corespunde, după Coste, formelor anatomice polare superioare, axiale și polare interne. Cele polare superioare, cînd sînt secundare, beneficiază de intervenție chirurgicală fie în fază incipientă, cînd încercăm corijarea deformației care le-a produs, fie în formele avansate, cînd urmărim o restabilire a funcției grav-lezate prin artroplastie sau o suprimare a durerii și instabilității prin artrodeză. Cele primitive se tratează medical. Artrozele axiale și polare interne intră mai puțin în cadrul ortopedico-chirurgical.

Tratamentul ortopedic folosește următoarele metode, dintre care unele le-am utilizat și noi cu rezultate bune :

a) imobilizare în aparat gipsat pelvipedios, strict în perioada dureroasă ;

b) reducere sub anestezie a poziției vicioase și menținerea rezultatului prin aparat gipsat ;

c) reducerea poziției vicioase prin extensie continuă ;

d) mobilizarea sub narcoză după metoda lui Staudinger din Frankfurt, la care adăugăm tenotomii, urmată de o imobilizare de

Scanned with OKEN Scanner

36 de ore, după care se începe kinetoterapia. Forestier practică această mobilizare sub narcoză, după care imobilizează bolnavul timp de 40 de zile, în scopul creării unei anchiloze ;

e) diverse aparate ortopedice pentru corijarea poziţiilor vicioase, cum sînt cele preconizate de Lorenz, Hoffa, Hessing. Hochmann a imaginat un aparat care limitează rotaţia externă, permiţînd flexia.

2. *Chirurgicale,* care pot fi clasificate astfel :

a) operaţii pe nervi : nevrotomii, radicotomii, simpatectomii ;

b) operaţii paraarticulare : foraje, operaţii de revascularizaţie, osteotomii, buteu osteoplastic, tenotomii, miotomii ;

c) operaţii articulare minore : capsulectomii, acetabuloplastii, artrotomii, emondaje articulare ;

d) operaţii articulare majore : artrodeze şi artroplastii.

Nevrotomiile au fost propuse în 1933 de către Camitz, care secţionează ramura articulară a nervului obturator. Tavernier şi Padovani completează metoda prin secţiuni ale ramurii articulare din nervul pătratului crural. Noi utilizăm această metodă în cazurile cu dureri mari şi cu modificări radiologice mici.

Radicotomia a fost propusă în tratamentul coxozelor în 1943 de către S. de Sèze şi J. Guillaume, la nivelul rădăcinilor D_{12}, L_{1-3}.

Simpatectomia lombară a fost preconizată de Moore şi Singleton, în 1933, socotind că durerile se transmit prin fibrele simpatice. Blaimond şi Burny reactualizează problema, urmărind, pe lîngă suprimarea durerii, şi modificarea circulaţiei.

Forajele sînt operaţii paraarticulare prin care se perforează sprînceana cotiloidiană şi colul femural. Duvernay socoteşte că se modifică astfel hiperemia locală, care ar fi cauza durerii.

Herbert practică foraje multiple introducînd şi grefon osos. În legătură cu forajele, Luyot şi Gaucher atrag atenţia asupra artrozelor produse în urma unei cotiloidite reumatismale, socotind că prin forajul geodei se poate opri evoluţia. Ramel introduce extras osteocartilaginos după forare.

Operaţii de revascularizaţie. Cercetările lui Trueta demonstrează prezenţa leziunilor ischemice la nivelul capului şi colului ; aceste leziuni se pot pune în evidenţă prin flebografie pertrohanteriană (Lamare). Pornind de la această situaţie, Venable şi Stuck practică un şanţ pe faţa anterioară a colului femural, în care transplantează un lambou muscular cu vasele sale.

Osteotomii. Se pot divide în osteotomii de direcţie (varizaţie sau valgizaţie, propuse de Pawels) osteotomii de derotaţie, osteotomii de sprijin şi osteotomii de egalizare (Cadenat). Studiile lui Pawels asupra biomecanicii şoldului sînt bine cunoscute şi nu insistăm asupra lor, menţionăm doar propunerea autorului de a modifica în *varus* capul

Scanned with OKEN Scanner

femural, pentru a schimba punctul de sprijin între cap şi cotil, modificînd statica şi dinamica bazinului şi scăzînd forţa de tracţiune a adductorilor. Derotaţia este indicată în atitudinile vicioase cu rotaţii. Osteotomiile de sprijin urmăresc crearea unui sprijin mai bun în subluxaţiile sau luxaţiile şoldului (Lorenz, Schanz, Putti-Treves, Rădulescu). Osteotomiile de egalizare se practică la nivelul femurului, făcîndu-se fie scurtare, fie alungire. În coxozele unilaterale, în care poziţia vicioasă creează o scurtare funcţională a membrului inferior, Herbert propune scurtarea piciorului sănătos, pentru a reechilibra bazinul.

Buteu osteoplastic se practică în scopul completării sprîncenei cotiloide în boala luxantă.

Tenotomii şi miotomii. Studiile diferiţilor autori au arătat influenţa contracturii asupra evoluţiei leziunilor artrozice şi asupra durerii. Debrunner consideră contractura ca factor principal de durere. În 1956, Voss propune operaţia care-i poartă numele şi care constă în secţionarea inserţiilor trohanteriene şi a tendoanelor adductorilor, la care se adaugă dezinserţia subperiostală la nivelul spinei iliace anterosuperioare şi secţiunea tendonului psoasului iliac (tehnică modificată de Layani, Cordier şi McFarland), în scopul suprimării contracturii. Operaţia este indicată în coxartrozele fără vicii de orientare sau malformaţii şi necesită o reeducare lungă.

Capsulotomia a fost propusă de Gade, care consideră coxartroza incipientă ca o afecţiune capsulară şi practică extirparea capsulei articulare, pe care Kellgren o consideră cauza durerii. Aplicînd acest procedeu am obţinut un rezultat bun şi durabil la un bolnav şi un rezultat bun, dar trecător, la un al doilea caz.

Acetabuloplastia preconizată de Smith—Petersen şi *emondajul,* de Charri, sînt indicate în formele cu osteofitoză mare şi osificări paraarticulare.

Artrodeza. Nu este în intenţia noastră să dezbatem pe larg problema artrodezei coxo-femurale care comportă o discuţie amplă. Menţionînd-o printre procedeele chirurgicale, dorim ca această indicaţie să fie prezentă în gîndirea practicianului, dat fiind rezultatele bune care se pot obţine. Indicaţia trebuie pusă foarte judicios, ţinînd cont de forma anatomo-clinică, de leziunile coloanei lombare, de vîrsta şi profesia bolnavului. Ferheugen şi Navarre sintetizează astfel indicaţia: leziuni unilaterale fără lombartroză sau redoare de genunchi şi unde durerile nu au o localizare tendinoasă.

Milch comunică, în 1955, rezultatele pe 50 de cazuri tratate prin tehnica sa personală care constă în asocierea unei rezecţii a capului şi colului femural, cu osteotomie subtrohanteriană cu sinus extern. Operaţia are inconvenientul de a produce scurtarea.

Scanned with OKEN Scanner

Charnley propune un tip special de artrodeză, care realizează o nouă modalitate de contact cap-cotil, prin transformarea capului femural într-un cilindru plin care este luxat transacetabular.

Artroplastia este indicată, după prof. Rădulescu, în aproape toate formele de coxartroză. Indicaţia operatorie va fi stabilită în funcţie de gradul tulburărilor funcţionale şi mai puţin de cele ale mobilităţii sau de aspectul radiologic. După Judét, indicaţiile artroplastiei sînt : a) anchiloza bilaterală ; b) anchiloza în poziţie vicioasă ; c) coxartrozele cu dureri intense şi tulburări grave de statică şi funcţie, după eşecul celorlalte tratamente. În indicaţii trebuie să ţinem cont de vîrsta bolnavului, profesie, stare generală şi la posibilităţile de a coopera cu medicul, întrucît această cooperare este foarte importantă în perioada postoperatorie.

Mobilizarea şoldului se poate face prin rezecţie simplă a capului femural (Girdleston), prin rezecţie artroplastică (Witeman, Lexer), prin rezecţie cu interpoziţie de material organic (fascie, piele ş. a.), fie prin interpoziţie anorganică, fie prin diferite tipuri de proteze.

În încheiere socotim că indicaţiile chirurgicale trebuie stabilite foarte judicios, individualizînd fiecare caz după un studiu amănunţit biomecanic.

Genunchiul

Tratamentul ortopedic constă în corijarea poziţiei vicioase, de obicei în flexie, cu ajutorul aparatelor gipsate. În cazul crizelor dureroase se recomandă imobilizarea temporară pe atele.

Chirurgical sînt indicate : 1) sinovectomii, în formele cu exsudat rebel la alt tratament ; 2) patelectomii, în formele cu leziuni predominante între rotulă şi femur, ca şi în formele cu redoare în flexie ; 3) enervaţii (Tavernier), în formele hiperalgice ; 4) avansarea tendonului rotulian (Maquet), în formele localizate patelo-femural ; 5) foraje, în formele cu tulburări circulatoare şi hipertensiune intraosoasă ; 6) artroplastii, ţinînd cont de criteriile stabilite.

*

Celelalte localizări artrozice, la nivelul umărului, cotului, mîinii şi piciorului sînt întîlnite mai puţin în practica ortopedică, dar totuşi sînt îndeajuns de frecvente. Mijloacele terapeutice sînt similare : imobilizare în faza dureroasă, desfiinţarea poziţiilor vicioase, artroplastii sau artrodeze în cazurile avansate.

Scanned with OKEN Scanner

În *periartrita scapulo-humerală*, aportul tratamentului ortopedico-chirurgical este, în mod schematic, următorul :

— în umărul acut dureros, imobilizare pe atelă în abducţie 75° şi anteducţie 25° ; dacă există o ruptură de tendon, refacerea lui chirurgicală ;

— în umărul blocat, după epuizarea mijloacelor medicale şi fizioterapice, este indicată acromiotomia ;

— depozitele calcare pot fi eliminate chirurgical ;

— tendinitele şi tenosinovitele porţiunii lungi a bicepsului pot fi de asemenea tratate chirurgical prin deschiderea tecii, sinovectomie, sutură de tendon.

★

Am încercat să trecem în revistă principalele metode ortopedico-chirurgicale întrebuinţate în tratamentul bolilor reumatismale, precum şi principiile care ne conduc în aplicarea lor. Sperăm că am reuşit să oferim o orientare practicianului în acest domeniu, precum şi o exemplificare din experienţa centrului nostru.

KINETOTERAPIA ŞI ERGOTERAPIA

Este vorba de două dintre cele mai valoroase metode de recuperare şi readaptare funcţională a reumaticilor cu deficienţe motorii. Punerea la punct în ultimii ani a metodologiei kinetoterapiei şi ergoterapiei în diversele afecţiuni reumatice a permis mari progrese în domeniul reumatologiei.

Am grupat aceste două metode în acelaşi capitol, întrucît ele se completează reciproc în procesul de reeducare activă, kinetoterapia bazîndu-se pe gimnastică analitică, iar ergoterapia urmărind reeducarea mişcării globale, sintetice (a gestului natural). Adeseori există tendinţa de a se substitui una prin alta. Este o greşeală însă a înlocui kinetoterapia prin ergoterapie, ele folosind metode cu totul diferite, fiecare în parte fiind indispensabilă în procesul de recuperare şi readaptare funcţională a deficienţelor motorii. Ergoterapia completează rezultatele kinetoterapiei, în special în ceea ce priveşte recuperarea funcţiilor membrelor superioare.

KINETOTERAPIA

Kinetoterapia este o metodă de gimnastică analitică, bazată pe legi mecanice, anatomice şi fiziologice, individualizate de la caz la caz, şi care urmăreşte corectarea, recuperarea şi readaptarea funcţio-

Scanned with OKEN Scanner

nală a unor deformații și leziuni osteoarticulare și deficiențe musculare, precum și recuperarea funcțională a sechelelor unor afecțiuni respiratorii, cardiovasculare, neurologice etc.

După precizarea diagnosticului afecțiunii reumatice respective, a formei clinice, a stadiului evolutiv și a tipului și gradului de deficiență motorie determinată de boală, reumatologul elaborează planul de tratament și recuperare pe etape, folosind, simultan sau succesiv, diferite mijloace medicale, ortopedice, chirurgicale, kinetoterapice, ergoterapice și balneofizioterapice.

Precizarea momentului cînd se permite trecerea de la imobilizarea la pat din perioada acută la tratamentul prin mișcare este deosebit de importantă : în general nu aplicăm kinetoterapia atît timp cît persistă durerile la efort și contracturile musculare, pentru că numai acele mobilizări care nu provoacă dureri își pot exercita acțiunea favorabilă în recuperarea funcțională. De aceea nu vom sili bolnavul să înceapă sau să continue un exercițiu de gimnastică care-i cauzează dureri.

Dacă repausul articular este strict necesar în timpul puseului inflamator, acesta nu trebuie prelungit prea mult, pentru că în unele forme intens evolutive se pot instala foarte rapid redori articulare și atrofii musculare. De aceea, în general, repausul absolut trebuie să fie de scurtă durată și să fie însoțit de contracții musculare statice (și sub aparatele gipsate).

În prescripția de tratament adresată kinetoterapeutului, reumatologul specifică articulațiile și grupele musculare care trebuie exersate, tipul de mișcări și dozajul lor, precum și principalele obiective ale recuperării în cazul respectiv. La rîndul său, kinetoterapeutul (care trebuie să aibă bogate cunoștințe de anatomie, fiziologie, reumatologie și o experiență în domeniul recuperării deficienților motori) elaborează un program detaliat de kinetoterapie, după care verifică acțiunea fiecărui exercițiu pe subiectul tratat.

După ce inflamațiile, durerile și contracturile musculare au cedat, se introduce treptat în complexele de tratament kinetoterapia, care trebuie dozată cu multă prudență în această etapă, pentru a nu declanșa o recidivă. Mobilizarea articulațiilor trebuie să alterneze cu repausul după o metodă și dozaj, făcînd aprecieri de la caz la caz. Testul toleranței individuale este durerea. Dacă exercițiile de reeducare prin gimnastică au declanșat dureri care durează mai mult de 1—2 ore, vom întrerupe kinetoterapia 2—3 zile, administrînd eventual și medicamente analgetice.

Mobilizările în apă (hidro- sau balneokinetoterapia, la care ne vom referi mai pe larg în capitolul următor) ne oferă marele avantaj de a le putea aplica mai precoce, într-o etapă cînd kinetoterapia la

Scanned with OKEN Scanner

Mobilizările active se pot aplica sub forma kinetoterapiei manuale clasice (mobilizări segmentare, comandate și corijate manual de kinetoterapeut) sau sub forma kinetoterapiei instrumentale (în care mobilizările active sînt ajutate de diverse arcuri, resorturi și mai ales de sistemele de scripeți și greutăți).

În afară de mobilizările active libere și active „ajutate" (manual sau instrumental), mobilizările active „contra unor rezistențe progresive" ocupă un loc esențial în recuperarea funcțională a deficiențelor motorii. Efectuate mai întîi cu ajutorul rezistenței opuse de mîna kinetoterapeutului, ele se execută ulterior în condiții optime la aparatele bazate pe sisteme de scripeți și contragreutăți (masa de kinetoterapie, polikinetorecuperator, mesele Delorme și Watkins etc.), care reprezintă principalul mijloc de recuperare a forței musculare. Pentru a reda forța unui mușchi trebuie ca acesta să se contracte contra unor rezistențe care cer maximum de efort (numai astfel mușchiul pune în joc toate unitățile motrice și reacționează prin hipertrofie, iar conținutul său în glicogen, fosfocreatină și mioglobină crește). Această suprasolicitare a mușchilor o realizăm prin sporirea treptată a contragreutății, și nu prin accelerarea cadenței exercițiilor. Alegerea greutății optime (corespunzătoare cu starea de funcțiune a grupei musculare respective) o efectuăm după metoda lui Delorme și Watkins : greutatea optimă este greutatea maximă care poate fi mobilizată de zece ori succesiv, cu o amplitudine determinată. Pe baza cifrelor testărilor (în kg) se întocmesc curbe reprezentînd variația săptămînală a forței musculare. Nu se exersează mai mult de trei grupe musculare pe o ședință (a cîte 10 mobilizări), iar numărul de ședințe pe săptămînă este de 3—5. În caz de acutizări, vom scădea : numărul de repetiții (de la 10 la 5), numărul de grupe musculare exersate (de la 3 la 1), numărul de ședințe săptămînale (de la 5 la 3) sau, în cazuri mai serioase, se întrerupe kinetoterapia cîteva zile, administrînd medicație analgetică și, eventual, antiinflamatoare. Menținerea unei poziții corecte în timpul tratamentului este strict necesară, altfel traumatizăm fibrele musculare și dezvoltăm mișcări substitutive nedorite.

Înainte de ședința de kinetoterapie se recomandă „încălzirea musculară" prin diverse proceduri de termoterapie, iar după ședință aplicăm masaj sau duș-masaj.

Dintre celelalte mijloace de kinetoterapie instrumentală de care dispunem în cadrul secției de kinetoterapie a Centrului metodologic de reumatologie și care s-au dovedit utile în recuperarea deficiențelor motorii, amintim : discul turnant (cu contrarezistență reglabilă, destinat exersării mușchilor umărului), talpa cu resort (utilă în combaterea redorilor articulației tibio-tarsiene și hipotoniei și atrofiei mușchilor gambei), claviatura (pentru exerciții de flexie „cu rezistență" în arti-

Scanned with OKEN Scanner

culaţiile interfalangiene şi metacarpo-falangiene), resortul dublu şi arcul spiral (pentru exerciţiile de prehensiune), arcurile de rezistenţe diferite (pentru flexia degetelor), scaunul pe rotile cu suporturi axilare de înălţime reglabilă (care aduce o contribuţie într-o anumită etapă a reeducării mersului), patinele cu rotile (pentru exerciţii de flexie-extensie şi abducţie-adducţie pe plan orizontal sau pe planşete cu înclinare reglabilă) etc.

Amintim în încheiere alte cîteva principii care stau la baza kinetoterapiei : trebuie să facem distincţie între muşchii de „mişcare" (ca, de exemplu, muşchii motori ai braţelor şi gambelor) şi cei „de susţinere" (muşchii şanţurilor vertebrale, muşchii abdominali). Muşchii „de mişcare" sînt adaptaţi la mişcările dinamice rapide, de mare amplitudine, dar de durată şi intensitate mai mici. Muşchii „de susţinere" au un tonus mai puternic şi sînt adaptaţi la contracţii lente, susţinute, de mică amplitudine, dar de mare intensitate. Kinetoterapia muşchilor dinamici se bazează pe contracţii dinamice rapide, dar de intensitate mai slabă (care cresc elasticitatea şi contractilitatea), în timp ce kinetoterapia muşchilor statici se bazează pe contracţii statice sau concentrice, lente şi puternice (care cresc tonusul, forţa şi rezistenţa).

Pe de altă parte, în cadrul exerciţiilor de kinetoterapie, trebuie să facem muşchiul să lucreze, în funcţie de lungimea sa normală.

În cazul unei deformări (de exemplu într-o scolioză) se produce totdeauna un dezechilibru de tonus şi de lungime între două grupe musculare antagoniste. Deci, pentru a redresa această deformare şi a menţine activ redresarea, trebuie ca grupul muscular retractat (adică cel din concavitatea scoliozei) să fie exersat în contracţie incompletă şi în întindere completă, în timp ce grupul muscular alungit (din convexitatea scoliozei) trebuie să fie exersat în contracţie completă şi întindere incompletă (această regulă este valabilă şi pentru cifoze, hiperlordoze şi deformări ale membrelor).

Amintim, de asemenea, că o deformare nu este niciodată izolată, un dezechilibru al unui segment inferior antrenează totdeauna o compensare în segmentele supraiacente şi invers (de exemplu : o cifoză Scheuermann determină o lordoză lombară compensatoare). Deformarea cea mai importantă nu este obligatoriu deformare primitivă. Nu trebuie să ne grăbim să dezvoltăm musculatura, înainte de a fi redresat deformarea şi a fi asigurat un grad de suplete.

Poziţia iniţială a fiecărui exerciţiu de kinetoterapie are o importanţă deosebită în gradul diferit de solicitare a individului şi în asigurarea unei poziţii corijate chiar de la începutul exerciţiului. Se descriu şase poziţii fundamentale : culcat (cea mai puţin solicitată), în genunchi, aşezat, în picioare, suspendat, cu sprijin. Din aceste poziţii

Scanned with OKEN Scanner

fundamentale hipercorijate derivă o serie de variante și poziții anexe, care au ca scop obținerea unui randament mai bun sau creșterea dificultății exercițiului (A. Lapierre). Kinetoterapeutul trebuie să aleagă, cu competență, exercițiile cele mai corespunzătoare, pentru a rezolva cu succes numeroasele probleme de tratament ridicate de variatele tipuri de deficiențe motorii.

ERGOTERAPIA

Ergoterapia sau terapia ocupațională este o metodă de reeducare activă care completează kinetoterapia, folosind diverse activități manuale (artizanale sau din alte domenii ale vieții), adaptate la tipul de deficiențe motorii ale individului, cu scop recreativ și terapeutic, ajutînd bolnavului să folosească mai bine mușchii rămași indemni și recuperînd funcția celor afectați de boală, contribuind astfel la readaptarea funcțională la gesturile vieții curente.

Este vorba de una dintre cele mai valoroase metode de readaptare funcțională, completînd în mod deosebit de util kinetoterapia, în special în ceea ce privește recuperarea funcțională a membrelor superioare. Atelierele de ergoterapie nu trebuie să lipsească din nici un serviciu de reumatologie ; prin această terapie se evită pasivitatea în care se fixează bolnavul spitalizat pe perioade mai lungi, trezindu-i interesul pentru diverse mișcări utile și contribuind la readaptarea funcțională la efort.

Principalele efecte pe care le urmărim prin aplicarea terapiei ocupaționale sînt :

1. Mobilizarea unor articulații și creșterea amplitudinii lor ; pentru aceasta alegem activități care nu necesită un efort prea mare, pe care le vom adapta la specificul articulațiilor de tratat (de exemplu, flexia-extensia articulației tibio-tarsiene este exersată prin pedala mașinii de cusut, mișcările mîinii prin modelaj de plastelină, țesut, tricotaj, împletituri de coșuri, rafie, tapiserie, lucru în piele etc.).

2. Dezvoltarea forței unor grupe musculare se realizează exersînd activități mai dificile (de exemplu : tîmplărie, olărie etc.). Prin aceste activități care trezesc interesul bolnavului se exersează, în mod sistematic, mușchii mai deficienți (de exemplu : pentru reeducarea lombricalilor și interosoșilor mîinilor, dactilografia ; pentru mușchii eminenței tenare, lucrări de croitorie, împletirea de coșuri ; pentru mușchii centurii scapulare și tricepsului, lucrări de tîmplărie, tăiat cu fierăstrăul etc.). De asemenea, dezvoltarea forței musculare o putem realiza atît prin folosirea unor activități din ce în ce mai dificile, cît și prin utilizarea unei aceleiași activități pe care o cuplăm însă la un sistem de scripeți și contragreutăți progresive (după metoda indicată

Scanned with OKEN Scanner

de Ch. Rocher), realizînd astfel dintr-un exercițiu distractiv un exercițiu terapeutic de dezvoltare a forței musculare. Mișcările executate în cadrul programului de terapie ocupațională trebuie supravegheate foarte atent de specialistul reumatolog și de ergoterapeut, pentru a fi făcute cît mai corect, în axele fiziologice de mobilitate a articulațiilor (aceasta deosebește fundamental ergoterapia de activitățile de „lucru manual", practicate la școală). Există și un dezavantaj pentru etapa analitică mai greu de evitat, și anume, spre deosebire de kinetoterapie, care are posibilitatea de a trata (analitic) mușchi sau grupe musculare precis individualizate, în ergoterapie (care are la bază mișcări și gesturi „sintetice") acest lucru este mai dificil, ceea ce permite, uneori, mișcări de supleanță (compensatoare). Se obține astfel o recuperare a simțului kinestezic și o creștere a rezistenței la oboseala fizică.

3. Pe de altă parte, ergoterapia contribuie direct la reeducarea gesturilor vieții curente, la coordonarea mișcărilor mai complexe și la recîștigarea treptată a unei independențe cît mai complete. Sub îndrumarea reumatologului și în colaborare cu kinetoterapeutul, ergoterapeutul trebuie să contribuie (încă înainte de ieșirea din spital) la reeducarea unor gesturi ca : deschiderea unei uși, pieptănatul, spălatul, mîncatul, îmbrăcatul etc. În acest scop s-au imaginat numeroase tipuri de obiecte și aparate, adaptate de la caz la caz, în funcție de tipul de deficit motor, care să ajute individul să efectueze aceste gesturi uzuale. De exemplu, dacă bolnavul nu poate scrie din cauza unei prehensiuni incomplete, se introduce stiloul într-o sferă de plastilină sau într-un dop mai mare sau, în caz de deficit motor mai grav, se atașează cu o brățară de mînă. La fel se procedează de exemplu pentru mînuirea tacîmurilor. Se atașează un mîner mai gros sau o coadă mai lungă, sau se fac solidare cu mîna printr-o brățară, sau, în sfîrșit, se folosesc linguri sau furculițe îndoite într-un anumit unghi. Peria de dinți și peria de cap vor avea de asemenea cozi mai lungi. Pentru femeile imobilizate în fotoliu, pentru a-și putea efectua totuși treburile gospodărești, se folosește scaunul cu rotile ; chiuveta, situată la o înălțime potrivită, va avea spațiu liber dedesubt, pentru a introduce picioarele, ele putînd astfel, fără eforturi prea mari, să-și spele vesela, rufăria din poziția șezînd. În cazurile în care o mînă prezintă deficit motor, se va învăța bolnava cum să curățe zarzavaturile și să spele vasele cu o singură mînă, folosind diverse dispozitive simple, dar care au acest rezultat esențial, de a redobîndi un grad de independență și a redeveni util.

4. Efectele psihoterapice ale terapiei ocupaționale sînt, de asemenea, de o mare importanță. Fenomenele de involuție psihomotorie, caracteristice reumaticilor care au stat timp îndelungat imobilizați în pat, la care se adaugă complexe de inferioritate, un spirit revendicativ,

Scanned with OKEN Scanner

sau tulburări cu aspect sinistrozic, sau în sfîrşit tulburări neuropsihice prin corticoterapie, impun reumatologului care dirijează îndelungatul proces de recuperare funcţională să colaboreze, adesea, cu neuropsihiatrul. În plus, ergoterapia se dovedeşte extrem de utilă în prevenirea şi combaterea acestor tulburări. Satisfacţia pe care o are bolnavul că poate efectua o activitate, deşi prezintă o deficienţă motorie importantă, are efecte extrem de favorabile asupra psihicului, combătînd apatia şi deprimarea, dezvoltînd atenţia şi spiritul de muncă în colectiv. Ergoterapia trebuie să aibă un pronunţat caracter recreativ ; în elaborarea programelor pe grupe de bolnavi, se ţine cont de nivelul intelectual şi profesional al fiecăruia şi mai ales de preferinţele şi aptitudinile lor. Activitatea ergoterapică se alege de comun acord cu bolnavul, care niciodată nu trebuie constrîns, ci convins de utilitatea acesteia. În general, activităţile din cadrul atelierelor de ergoterapie sînt acceptate mai întîi cu ezitări de bolnavii cu deficienţe mai mari, iar apoi sînt continuate cu vădită plăcere şi satisfacţie.

Activităţile cu mişcări stereotipe, monotone, au un efect mai sedativ, în timp ce acele activităţi care impun mişcări variate au un efect stimulent. Nu trebuie neglijată latura distractivă : trebuie adaptate diverse jocuri (şah, table, cărţi etc.) la posibilităţile lor fizice ; de asemenea, cei cu infirmităţi grave pot fi învăţaţi să picteze, să deseneze sau să scrie cu gura, astfel încît să-şi ocupe timpul în mod plăcut şi instructiv.

Prescripţia medicală de ergoterapie (întocmită de reumatolog) trebuie să specifice, pe lîngă diagnosticul complet, obiectivele pe care trebuie să le urmărească ergoterapeutul, articulaţiile şi grupele musculare care trebuie folosite sistematic, tipul de mişcări, eventualele boli asociate şi sugestiile privind alegerea ocupaţiei.

În alegerea activităţii ergoterapeutice se ţine cont de datele bilanţului articular şi muscular, datele ergometrice, dinamometrice, electromiografice, de datele bilanţului sintetic (indicînd care mişcări ale vieţii curente nu pot fi efectuate), precum şi de unele date privind memoria, inteligenţa, atenţia. Se procedează, în principiu, ca pentru orientarea profesională de mai tîrziu.

Atelierele de ergoterapie trebuie să permită o cît mai mare varietate de activităţi : cartonaj, legătorie, lucru în lemn, lucru în piele, împletituri din fibre vegetale (coşuri, scaune şi alte obiecte), pirogravură, olărit, lucru cu mici maşini-unelte, pictură, desen etc., iar în afara atelierelor, grădinăritul.

Activităţile ergoterapeutice se pot grupa după materialele folosite : lemn, metal, hîrtie, material plastic, argilă, piele, textile etc.

Lucrările în carton şi hîrtie sînt printre cele mai preferate, acestea fiind materii prime mai uşor de prelucrat, iar ca utilaj nu se

Scanned with OKEN Scanner

folosește decît foarfeca, ceea ce permite a se practica și la pat, pentru cei imobilizați. Se confecționează cutii de țigarete, cutii de lucru, fișiere, clasoare, mici cufărașe etc., învelite în hîrtie divers colorată. Lucrările în lemn necesită un efort mai mare.

Fiecare activitate, înaine de a fi propusă, trebuie analizată amănunțit, descompunînd-o în gesturile elementare. Se apreciază pentru fiecare mișcare preparatoare și efectoare care articulații și grupe musculare sînt solicitate și în ce măsură acestea corespund cu obiectivele noastre terapeutice.

Astfel, după obiectivul principal pe care-l urmărim, ergoterapia poate fi : curativă, recreativă productivă sau orientativă. În legătură cu acest ultim aspect, nu trebuie să confundăm ergoterapia cu reantrenamentul unui bolnav pentru reluarea muncii în producție ; aici este vorba de reeducare funcțională a mușchilor și nicidecum de o recalificare profesională. Obiectele confecționate în cadrul programelor de ergoterapie nu au nici o valoare sau au o valoare foarte redusă ; în schimb, activitatea în sine pentru confecționarea obiectelor respective are o valoare mare în readaptarea bolnavului la efort. Este drept că ergoterapia poate servi și drept test de aptitudini, bază a unei „preorientări profesionale". Aceasta, datorită faptului că ergoterapeutul urmărește fiecare bolnav în timpul ședințelor (după îndrumările reumatologului) și notează precizia gesturilor, îndemînarea, minuțiozitatea și spiritul sistematic, metodic cum lucrează, rapiditatea de execuție, facultatea de adaptare, inițiativele personale, la cîte minute de lucru atinge punctul de oboseală, calitatea obiectelor, progresele terapeutice etc.

Uneltele de lucru trebuie adeseori adaptate ca formă, greutate și duritate la posibilitățile fiecărui bolnav, astfel ca acesta să poată lucra relaxat, să se evite oboseala prea rapidă, realizîndu-se economie de energie și material.

Este clar că toate aceste activități manuale nu vor putea fi realizate decît dacă degetele permit un număr de grade de mobilitate activă, dacă este posibil un grad de prehensiune, dacă antebrațul se poate flecta și dacă mușchii umărului pot fixa brațul în pozițiile cerute pentru activitatea mîinii. Desigur că numeroși bolnavi (mai ales poliartritele reumatoide și spondilartritele periferice) nu îndeplinesc aceste condiții. Ch. Rocher propune pentru aceștia o metodă simplă și ingenioasă de „ergoterapie cu suspensie" : deficientul motor se instalează la masa de ergoterapie (sectorizată pe profil de activități și amenajată corespunzător), unde, la antebrațul sau mîna deficientă, i se atașează

Scanned with OKEN Scanner

o manşetă de suspensie sau o chingă încrucişată prevăzută cu inel, de care se fixează un cablu sau mai bine o bandă de cauciuc suspendată de o bară sau sîrmă (pe care alunecă ca un troleu) ; banda trebuie să

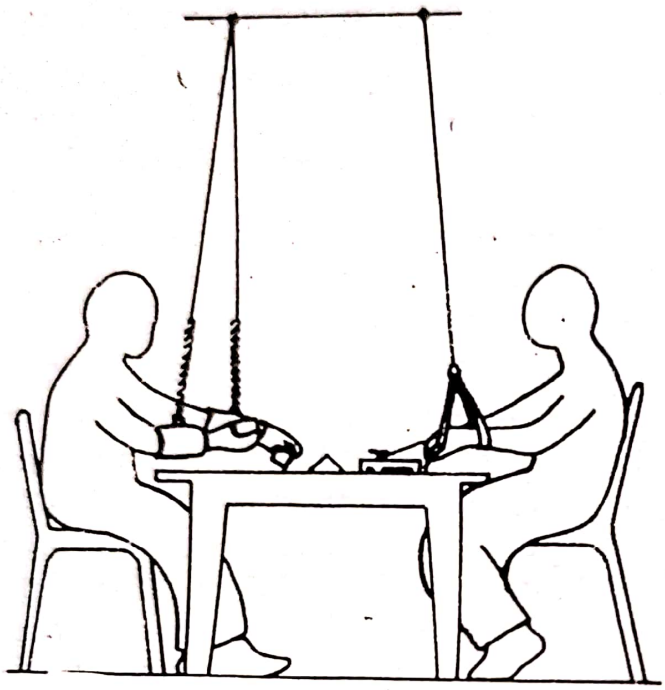

Fig. 67. — Ergoterapie ajutată prin dispozitive de suspensie (după Ch. Rocher).

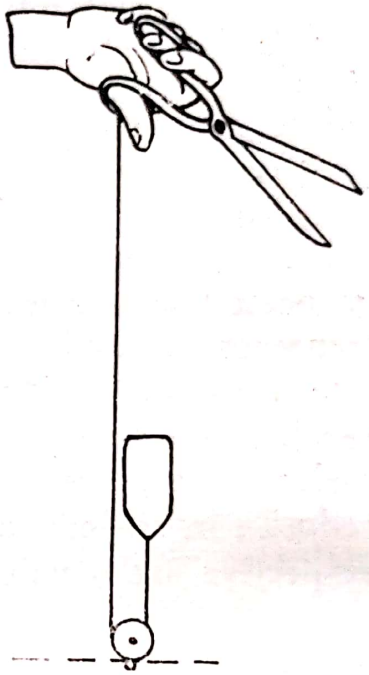

Fig. 68. — Ergoterapie cu „rezistenţă progresivă" (după Ch. Rocher).

fie suficient de rezistentă pentru a contrabalansa greutatea segmentului suspendat, dar şi suficient de suplă pentru a nu incomoda mişcările (fig. 67). Pe măsura recuperării funcţionale a mîinii, putem alege activităţi din ce în ce mai solicitante sau, la aceeaşi activitate, putem să mărim dificultatea, prin cuplarea la un sistem de scripeţi şi contragreutăţi progresive (fig. 68).

În general, se fac două sau trei şedinţe de ergoterapie pe săptămînă, durata unei şedinţe fiind de o oră şi jumătate.

Ergoterapeutul trebuie să aibă cunoştinţe foarte temeinice de anatomie, fiziologie, kinetoterapie, reumatologie, ortopedie şi psihologie ; de asemenea, trebuie să cunoască, teoretic şi practic, activităţile pe care le dirijează.

Rezultatele depind de algerea judicioasă a activităţii, de dozarea progresivă a intensităţii efortului, de gradul de stabilizare a evolutivităţii boli şi de încadrarea raţională a ergoterapiei în complexele de recuperare şi readaptare funcţională.

APORTUL BALNEOFIZIOTERAPIEI ÎN RECUPERAREA DEFICIENȚELOR MOTORII DETERMINATE DE AFECȚIUNILE REUMATICE

Paralel cu îmbogățirea terapeuticii reumatologice, mai ales în ultimele două decenii, cu medicamente de eficacitate tot mai mare, ne-am fi așteptat ca tratamentele fizicale să-și restrîngă indicațiile. Cu toate acestea, niciodată serviciile de fizioterapie și sanatoriile balneare de reumatologie nu au fost mai mult solicitate ; pe de altă parte, serviciile de reumatologie, ca și centrele de reabilitare pentru reumatici nu mai pot fi concepute astăzi fără instalații complete de fizioterapie, kinetoterapie și bazine de reeducare motorie activă.

Această reînnoire a interesului pentru factorii fizici se explică, pe de o parte, prin valoarea deosebită a acestor tratamente în prevenirea afecțiunilor reumatice (domeniu în care nici o terapie medicamentoasă nu poate înlocui tratamentele fizicale), iar pe de altă parte prin aportul pe care balneofizioterapia îl aduce în recuperarea funcțională a deficiențelor motorii determinate de afecțiunile reumatice.

Dat fiind rolul important al balneofizioterapiei și kinetoterapiei într-o anumită etapă a procesului de recuperare funcțională și de readaptare profesională, într-o serie de țări „medicina fizică și readaptarea" constituie o ramură distinctă a medicinei, care folosește toți agenții fizici în scopul recuperării capacității maxime de efort și de muncă a celor cu deficiențe motorii. În ceea ce ne privește, noi sîntem de asemenea convinși de valoarea tratamentelor fizicale în recuperarea funcțională și readaptarea profesională ; dar, în domeniul specific al reumatologiei, unde bilanțul lezional nu este niciodată definitiv, iar evoluția este adeseori imprevizibilă (spre deosebire de sechelele postpoliomielită sau posttraumatisme), aplicarea tratamentelor de recuperare depășește competența strictă a „medicinei fizice" și nu se poate realiza decît sub supravegherea și îndrumarea directă a specialistului reumatolog (de-a lungul întregului proces de recuperare și chiar după reintegrarea în muncă).

Vom trece în revistă unele aspecte privind aportul balneokinetoterapiei, fizioterapiei și balneoterapiei în cadrul tratamentelor complexe de recuperare a reumaticilor cu deficiențe motorii.

I. BALNEOKINETOTERAPIA

Constă în aplicarea metodelor de kinetoterapie în bazinele cu ape minerale, dotate cu instalații speciale de reeducare motorie activă, reprezintă una dintre cele mai valoroase tehnici de recuperare în reumatologie. Metoda a fost introdusă și în centrele urbane, pe lîngă

Scanned with OKEN Scanner